OSMANIA UNIVERSITY

جامعۂ عثمانیہ

علمِ امراض النساء

جلد اوّل

سلسلۂ مطبوعات جامعۂ عثمانیہ

علم امراض النسا

مُصنّفہ

ٹی۔ واٹس ایڈن ایم۔ ڈی، سی۔ ایم (ایڈنبرگ)، ایف۔ آر۔ سی۔ پی (لنڈن)، ایف۔ آر۔ سی۔ ایس (ایڈنبرگ)، ایف۔ سی۔ او۔ جی

و

کتھبرٹ لاکیئر ایم۔ ڈی، بی۔ ایس (لنڈن)، ایف۔ آر۔ سی۔ پی (لنڈن)، ایف۔ آر۔ سی۔ ایس (ایڈنبرگ)، ایف۔ سی۔ او۔ جی

(چوتھا ایڈیشن)

از

ایچ۔ بیک وتھ وائٹ ہوس ایم۔ بی، ایم۔ ایس (لندن)، سی ایچ۔ ایم (برمنگھم)، ایف۔ آر۔ سی۔ ایس (انگلستان)، ایف۔ سی۔ او۔ جی، ایف۔ اے۔ سی۔ ایس (آنریری)

جلد اوّل

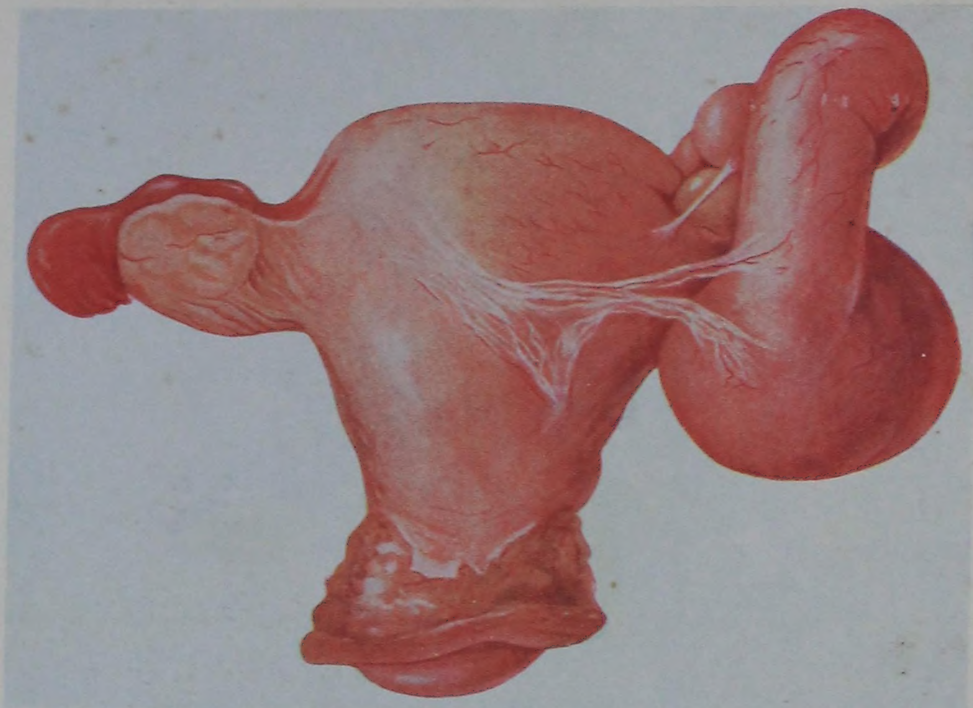
معہ ۱۵ صفحہ جات رنگین و ۳۴۳ تصاویر متن

مُترجمۂ

ڈاکٹر غلام دستگیر صاحب ایم۔ بی، بی۔ ایس، منشی فاضل رکن سررشتۂ تالیف و ترجمہ جامعۂ عثمانیہ سرکار عالی

۱۳۵۸ھ م ۱۳۴۸ف م ۱۹۳۹ع

دار الطبع جامعۂ عثمانیہ سرکار عالی حیدرآباد دکن



رحم اور زوائد کا خلفی منظر جس سے تناسلی خطہ کی صعودی سرائت کے نتائج ظاہر ہوتے ہیں۔ دائیں فلوپی نلی میں معتدبہ کلانی پائی جاتی ہے۔ اور اس میں مزمن انبوبی اجتماع ریم (chronic pyosalpinx) موجود ہے۔ اس نلی کا متسع انتفاخی حصہ انضمامات سے رحم کی پچھلی دیوار کے ساتھ منضم ہے۔ بائیں فلوپی نلی میں نسبۃً کم درجہ کے التہابی تغیرات پائے جاتے ہیں۔ بائیں مبیض اور اس کے متناظر قرنِ رحم کے درمیان کے انضمامات

حوضی التہاب باریطون کا آخری نتیجہ ہیں۔

(یونیورسٹی آف برمنگھم، گائی نیکولوجیکل میوزیم۔)

سرتصویر

فہرست مضامین

حصۂ اول - تمہیدی

	صفحہ
ول - تشریح	۳
۱- زنانہ کہفۂ حوض کی عمومی تشریح	۳
۲- حوضی باریطون اور خلوی بافت	۵
۳- فرش حوض	۲۰
۴- رحم	۲۵
۵- خلوی نلیاں	۴۵
۶- بیضئین	۵۰
۷- مہبل	۷۴
۸- فرج	۸۰
۹- مبال	۸۹
۱۰- مثانہ	۹۲
۱۱- حالب	۹۶
۱۲- حوض کے عروقِ خون	۹۷
۱۳- حوض کے عروقِ لمف	۱۰۱
۱۴- زنانہ حوضی اعضا کی تعصیب	۱۰۵
۱۵- زنانہ تناسلی بولی خطہ کا نمو	۱۱۰

	صفحہ
باب دوم - فعلیات	۱۳۲
۱- پستانیوں کا صنفی دور	۱۳۲
۲- بیض کے افعال	۱۴۱
۳- رحم کے افعال	۱۵۲
۴- بلوغ	۱۷۵
۵- انقطاع الطمث یا سنِ یاس	۱۷۷
۶- دروں افرازی غدد	۱۸۵
باب سوم - امتحان کے طریقے	۱۸۹
۱- استفہامی امتحان	۱۸۹
ا- درد	۱۹۲
ب- نزف	۱۹۳
ج- مواد	۱۹۴
د- تبول کے اختلالات	۱۹۵
ہ- اورامِ شکم اور دیگر اورام	۱۹۵
۲- امتحانِ شکم	۱۹۶
۳- فرج اور مہبل کا امتحان	۲۰۱
۴- دودستی امتحان	۲۰۴
۵- منظارات اور امتحان میں سہولت پیدا کرنے کے دیگر ذرائع	۲۱۱
۶- موادوں اور بافتوں وغیرہ کا امتحان	۲۱۷
۷- بولی نظام کا امتحان	۲۱۹
۸- شعاع نگاری	۲۱۹

حصۂ دوم۔ عمومی امراض النسا

صفحہ

...ل۔ نمو کے فتورات ۲۲۴

تشوہات ۲۲۴

ا۔ رحم، مہبل اور فرج کے تشوہات ۲۲۵

ب۔ فرج اور مہبل کی بے انشقابی کی حالتیں ۲۳۶

ج۔ تحت مبالیت اور فوق مبالیت ۲۴۲

د۔ خنثیت اور کاذب خنثیت ۲۴۵

ر۔ تشوہاتِ مبیض ۲۴۹

س۔ فلوپی نلیوں کے تشوہات ۲۵۱

...وم۔ فسادات فعل ۲۵۵

۱۔ حیض ۲۵۵

ا۔ بے طمثیت اور قلتِ طمث ۲۵۵

۱۔ ابتدائی بے طمثیت ۲۵۶

۲۔ ثانوی بے طمثیت ۲۶۶

ب۔ طمث بدیلی (طمث تعویضی) ۲۷۳

ج۔ کثرتِ طمث اور متجانس رحمی نزف ۲۷۵

د۔ دردِ حیض ۲۸۳

ر۔ بین حیضی درد ۳۱۲

۲۔ استقرارِ حمل ۳۱۴

ا۔ جماع مولم ۳۱۴

ب۔ عقم ۳۲۲

صفحہ

ج۔ امتناعِ حمل ۳۳۵
د۔ خارج الرحم (بےمحل) حمل ۳۴۶
۱۔ بیضی حمل ۳۴۸
۲۔ انبوبی حمل ۳۵۱
۳۔ انبوبی حمل کی تشریح ۳۵۶
۴۔ انبوبی حمل کے سریری خصائص ۳۸۵
۵۔ خارج الرحم حمل کا علاج ۳۹۹

باب سوم۔ زنانہ اعضائے حوض کی سرائیتیں ۴۰۶

۱۔ نسائی تناسلی بولی خطہ کے خرد عضویات ۴۰۶

۲۔ عفونتی تناسلی سرائیتیں ۴۱۲

ا۔ تسمم الدم ۴۱۶
ب۔ عفونت الدم ۴۱۹
ج۔ تقیح الدم ۴۳۵
د۔ حوضی التہاب باریطون ۴۳۷
س۔ حوضی خلوی التہاب ۴۴۶

۳۔ نوعی سرائیتیں ۴۵۸

ا۔ سوزاک ۴۵۸
ب۔ آتشک ۴۹۰
ج۔ تدرن ۵۰۰
د۔ شعاع فطریت ۵۲۲
س۔ نبقۂ متغذیہ اور دیگر طفیلیات کی سرائیتیں ۵۲۷

صفحہ

۴۔ بولی خطہ کی سرائیتیں ۵۴۰
ا۔ التہاب مثانہ ۵۴۰
ب۔ التہاب حوض گردہ اور حوضی خلوی التہاب ۵۵۱
۵۔ غذائی خطہ کی سرائیتیں ۵۵۶
ا۔ التہاب زائدہ ۵۵۶
ب۔ التہاب عطفہ ۵۶۵

حصہ سوم ۔ خطی امراض النسا

...ول ۔ فرج اور عجان کے امراض ۵۷۵
۱۔ التہاب فرج ۵۷۵
ا۔ حاد التہاب فرج ۵۷۵
ب۔ مزمن التہاب فرج ۵۷۹
۱۔ فرج کا ایکزیما ۵۷۹
۲۔ فرج کی بیاضی سطحیت ۵۸۰
۳۔ پژمردگی فرج ۵۸۴
۴۔ ذیابیطسی التہاب فرج ۵۸۷
۵۔ حکۃ الفرج ۵۸۸
۲۔ فرج کا تقرح ۵۹۲
۳۔ فرج اور عجان کے ضربتی ضرات ۵۹۴
ا۔ دموی سلعہ ۵۹۴
ب۔ فرج اور عجان کی دریدگی ۵۹۶

	صفحہ
ج۔ شفری اور عجانی فتق	۵۹۸
د۔ وجع العصعص	۵۹۹
۴۔ اورامِ فرج	۶۰۱
ا۔ تہیّج	۶۰۱
ب۔ دوالی قیلہ	۶۰۲
ج۔ بیش پرورشی اور بیش تکوینی حالتیں	۶۰۳
د۔ فرج کی نوساختیں	۶۰۸
۱۔ سلیم	۶۰۸
۲۔ خبیث	۶۱۰
۵۔ بارتھولین کے غدہ کے امراض	۶۲۵
ا۔ التہاب	۶۲۵
ب۔ نوساختیں	۶۲۸
۶۔ مبال کے امراض	۶۳۰
ا۔ لحیمۂ مبال	۶۳۱
ب۔ نوساختیں	۶۳۳
باب دوم۔ امراضِ مہبل	۶۴۰
ا۔ التہابِ مہبل	۶۴۰
ا۔ حاد التہاب مہبل	۶۴۱
ب۔ مزمن التہاب مہبل	۶۴۲

صفحہ
۲۔ مہبل کا تقرح ۶۴۶
۳۔ مہبل کے ضربتی ضررات ۶۴۶
ناسور ۶۴۷
۴۔ نوساختیں ۶۵۲
اشاریہ

رنگین صفحات کی فہرست

صفحہ	صفحہ
رحم اور زوائد جن سے تناسلی خطہ کی صعودی سرائت کے نتائج ظاہر ہوتے ہیں۔	سرتصویر
۱- رحم کا عضلی نظام	۳۶
۲- جسم اصفر (Corpus Luteum) جسمیں ذراتیتی لیوٹینی (Granulosa Lutein) اور غلافی لیوٹینی خلیات (Theca-lutein Cells) دکھائے گئے ہیں۔	۶۶
۳- جسم اصفر (انحطاط پذیر)	۷۰
۴- (ا) پیش حیضی دروں رحمہ۔ (ب) حمل کا ابتدائی ریزینہ۔	۱۵۳
۵- طبعی دروں رحمہ (حالتِ قبل از حیض)۔	۱۵۵
۶- حیضی روبہ (دررحمی) جس میں دروں رحمی بافت موجود ہے۔	۱۶۲
۷- غیر منثقب پردۂ بکارت۔	۲۴۱
۸- حیضی ریزینہ (Menstrual Decidua) جو صادق عسر الطمث کی ایک مریضہ سے لیا گیا ہے (مناظر بجرد نظر)۔	۲۹۲
۹- انبوبی حمل اور حوضی قیلہ دمویہ (Pelvic Hæmatocele)۔	۳۵۱
۱۰- انبوبی اسقاط۔	۳۵۸
۱۱- حوضی خلوی التہاب (Pelvic Cellulitis) یا نزد رحمی التہاب (Parametritis)۔	۴۴۶
۱۲- زنانہ تناسلی خطہ کی سوزاکی سرائت کی سکیم۔	۴۵۸
۱۳- بیاض سطحیتی التہاب فرج (Leucoplakic Vulvitis) (دوسرا درجہ)۔	۵۸۲
۱۴- پژمردگی فرج (Kraurosis Vulvæ) (ابتدائی اور متاخر مدارج)۔	۵۸۵

علم امراضُ النسا

حصّہ اوّل

تمہیدی

بسم اللہ الرحمٰن الرحیم

حصّہ اوّل ۔ باب اوّل

تشریح

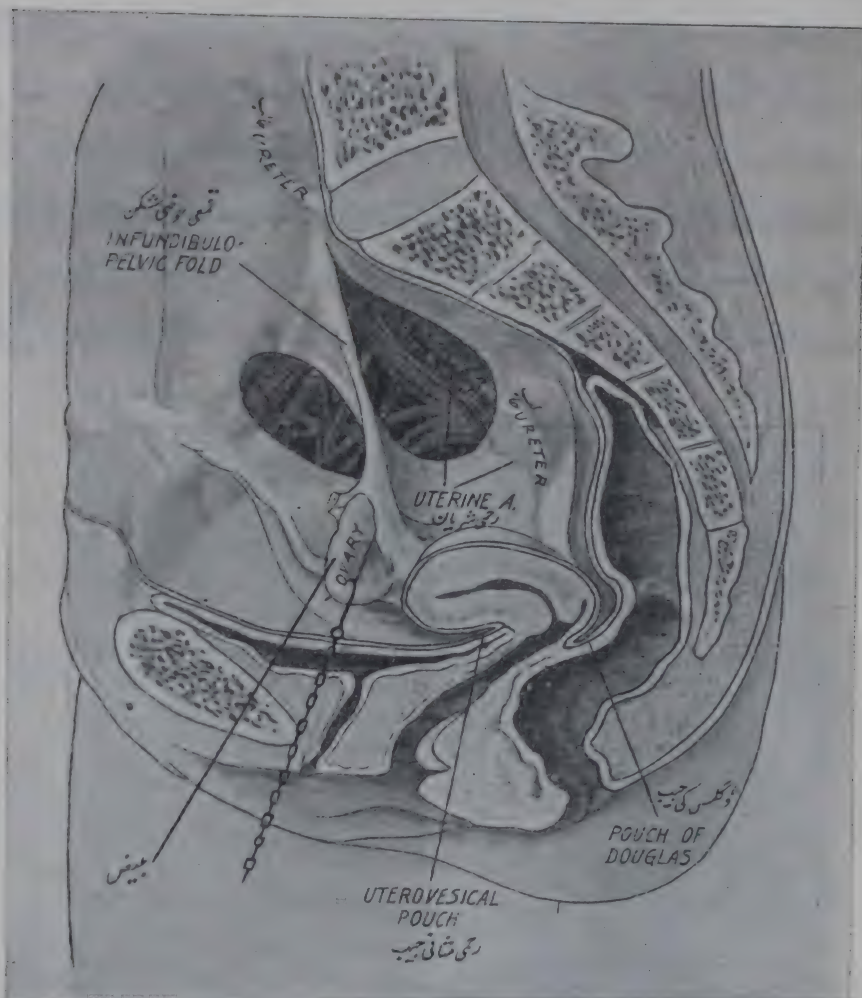
نسوانی اعضائے تناسل کی تشریح اور انکا نمو

زنانہ کہفہ حوض کی عمومی تشریح

حقیقی کہفہ حوض شکمی یا باریطونی عمومی کہفہ کا زیریترین حصہ ہے، بالائی جانب سے یہ حوض کی گگر سے اور زیریرین جانب سے یہ حوضی ڈایا فرام (pelvic diaphragm) سے محدود ہوتا ہے۔ اس کہفہ میں مبیضین، مثانہ، رحم، فلوپی نلیاں (Fallopian tubes)، اور معائے مستقیم کا بالائی حصہ پائے جاتے ہیں، اور سوائے مبیضین کے یہ سب باریطون سے کم وبیش مکمل طور پر محصور ہوتے ہیں۔ نیز غظیم یعنی معدی قولونی ثرب (gastro-colic omentum) کا زیریترین حصہ، لفائفی (ileum) کی کچھ گنڈلیاں اور حوضی قولون (pelvic colon) کا ایک چنبر بھی اس کے طبعی مشمولات سے ہیں۔ علاوہ ازیں یہ بھی یاد رکھنا چاہیئے کہ بعض حالتوں میں زائدۂ دودیہ (vermiform appendix) حوض کی گگر کے اوپر آویزاں ہوتا ہے، اور دائیں مبیض اور دائیں فلوپی نلی کے بیرونی حصّہ کے بہت قریب ہوتا ہے۔ مبال (urethra)، مہبل (vagina) اور مستقیمی انتفاخ (rectal ampulla) معہ قنال مبرز کے حوضی ڈایا فرام سے گزر کر مجان

(perineum) میں کھلتے ہیں۔ یہ حصے باریطونی انعکاس سے نیچے واقع ہوتے ہیں، اور فرداً فرداً بولی، تناسلی، اور معوی خطوں کو ظاہر کرتے ہیں۔ طبیعی حوض کی وسطانی سہمی تراش سے زیادہ اہم اعضا کے باہمی عمومی تعلقات کا پتہ چلتا ہے (شکل ۱ و ۲)۔ عانہ (pubes) کے عین پیچھے مثانہ واقع ہے، اور ان کے درمیان تھوڑی سی ڈھیلی عروق دار اتصالی بافت حائل ہوتی ہے۔ مبال کی شکل ایک تنگ مجری کی سی دکھائی دیتی ہے جس کا رخ اس کے بالائی ایک تہائی حصہ میں عین نیچے کی طرف کو ہے، اور نیچے کے دو تہائی حصوں میں یہ خم کھا کر نیچے اور سامنے کی طرف کو چلا جاتا ہے، اور بولی منفذ (meatus urinarius) پر ختم ہو جاتا ہے۔ مثانہ کے پیچھے رحم واقع ہے، اور ان کو ایک باریطونی انعکاس ایک دوسرے سے علیحدہ کرتا ہے، لیکن انعکاس مذکور کے لیول کے نیچے یہ ایک دوسرے سے تھوڑے سے رقبہ پر خلوی بافت کے ذریعہ سے متحد ہیں۔ مہبل کا رخ نیچے کی اور سامنے کی طرف کو ہے، اور یہ فرج (vulva) پر ختم ہوتی ہے۔ اس کی اگلی طرف مثانہ اور مبال ہے، اور پچھلی طرف معائے مستقیم کی سامنے کی دیوار سے خلوی اور لیفی بافت کی ایک تغیر پذیر مقدار کے ذریعہ سے پیوستہ ہوتی ہے۔ مہبل کی سامنے کی دیوار کا زیرین ایک تہائی حصہ مبال کی پچھلی دیوار سے نہایت مضبوطی سے جڑا ہوتا ہے، اور اس لئے ان ساختوں کا علیحدہ کرنا مشکل ہوتا ہے۔ جو ساختیں خلوی بافت کے مستویوں سے ایک دوسرے سے ملی ہوتی ہیں اُن کو اِن کی وجہ سے بذریعہ تقطیع ایک دوسرے سے علیحدہ کرنا آسان ہوتا ہے۔ اور ایسے مقامات پر جہاں کوئی خلوی بافت نہیں پائی جاتی ملحقہ اعضا کا علیحدہ کرنا زیادہ مشکل ہوتا ہے، اور اس لئے عملیہ کے دوران میں ان کو ضرر پہنچنے کا اندیشہ ہوتا ہے۔

رحم کے پیچھے ایک وسیع باریطونی فضا ہوتی ہے جس کے مشمولات ــ ثرب (omentum) معائے صغیر اور حوضی قولون ــ شکل ۲ میں دور کردئے گئے ہیں۔ اس فضا کی پچھلی طرف عجز (sacrum) کی اگلی جانب تک پہنچتی ہے، اور اس کی تحتانی جانب معائے مستقیم سے علاقہ رکھتی ہے۔ معائے مستقیم اور رحمی مہبلی مقام انصال کے درمیان اس فضا کے فرش کے زیرترین حصہ میں ایک عمیق باریطونی حفرہ ہوتا ہے جس کو ماہرین تشریح پاؤچ آف ڈگلس (pouch of Douglas) (ڈگلس کی جیب) کے نام سے تعبیر کرتے ہیں۔ حمل کے دوران میں اس موخر باریطونی جیب کی گہرائی بہت بڑھ جاتی ہے کیونکہ رحم بڑھنا شروع ہو جاتا ہے اور باریطون اس محل پر اپنی ہم پہلو بافتوں سے منبثت ہوتا ہے۔ 4

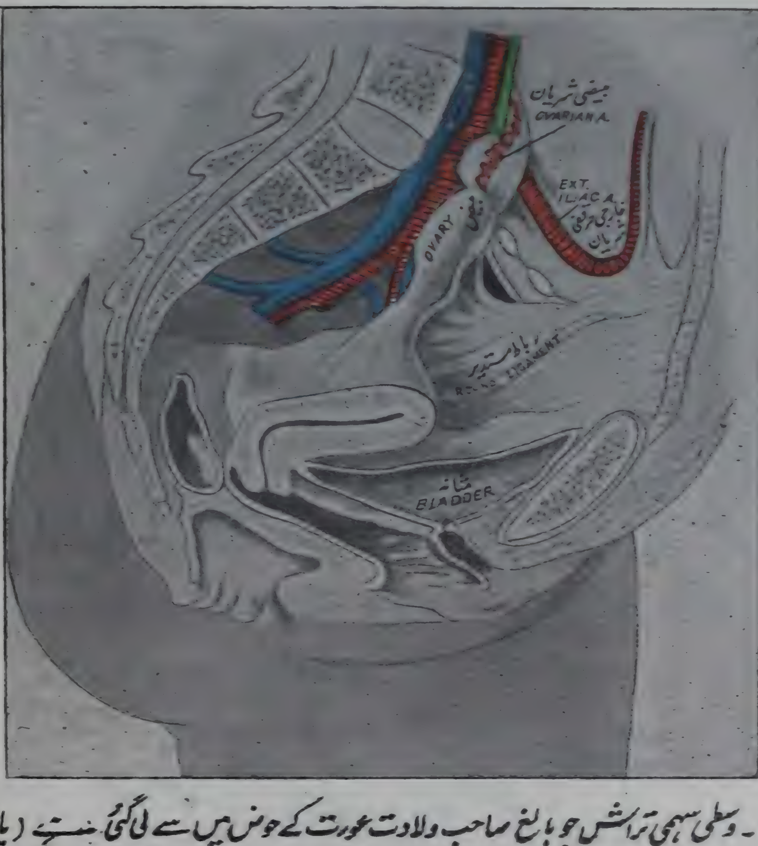


شکل ۱۔ وسطانی سہمی تراش جو بالغ عدیم الولادت عورت کے حوض میں سے لی گئی ہے (پائیریئر: Poirier)۔

حوضی باریطون اور خلوی بافت

باریطون۔ وسطانی سہمی تراش میں (دیکھو شکل ۱ و ۲) باریطون کا تعاقب مقدم

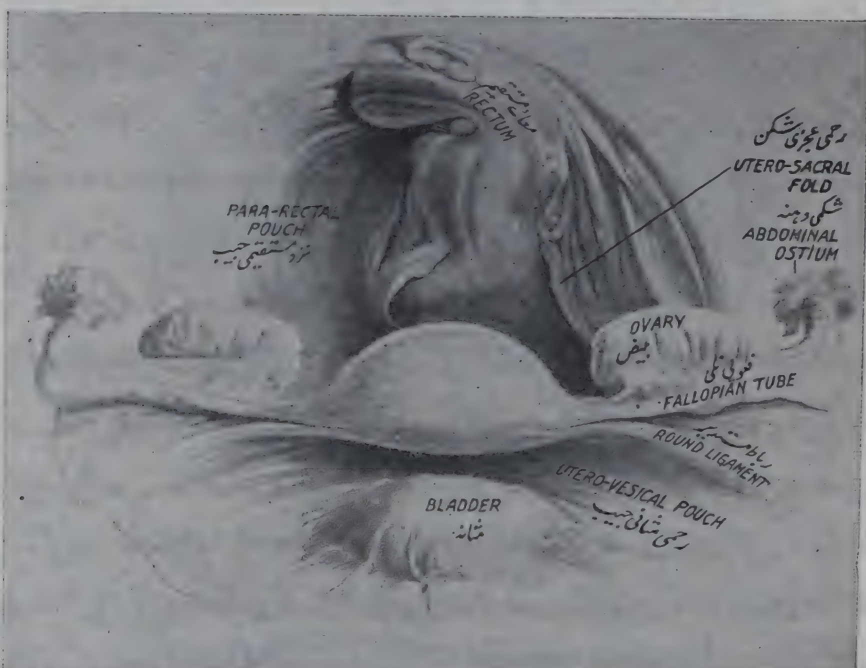
شکمی دیوار سے عمود فقری تک کیا جا سکتا ہے۔ شکل ۲ میں مثانہ تقریباً خالی ہے اور حوض کی گگر کے پیول کے بالکل نیچے پڑا ہوا ہے۔ باریطون پہلے پہل ارتفاق عانہ (symphysis pubis) کی عقبی جانب سے علاقہ پیدا کرتا ہوا دکھائی دیتا ہے، اور پھر یہ اوپر اٹھکر خفیف سے منحنی قعر مثانہ کے اوپر سے منعکس ہوکر اُس نقطہ تک پہنچتا ہے جہاں موخرالذکر رحم کی مقدم دیوار سے مس کرتا ہے۔ باریطون اور مثانہ کی دیوار کے درمیان اتصالی بافت کی ایک کافی موٹی اور ڈھیلی تہ حائل ہوتی ہے، اور یہ ایک ایسی ترتیب ہے جس کی وجہ سے مثانہ کے باریطونی علاقوں میں جبکہ یہ متمدد ہوکر اوپر کی جانب کو اٹھتا ہے اور حقیقی شکمی کہفہ میں پہنچ جاتا ہے نمایاں تغیرات پیدا ہوتے ہیں۔ باریطون کے قعر مثانہ سے رحم پر



شکل ۲ ۔ وسطی سہمی تراشش جو بالغ صاحب ولادت عورت کے حوض میں سے لی گئی ہے (پائیریئر: poirier) ۔ ولادت کے امارات (ا) فراخ مہبل، (ب) کلانی یافتہ دہنۂ مہبل، (ج) عجانی جسم کے مقدم حصہ کی دریدگی کی شکل میں پائے جاتے ہیں۔

منعکس ہونے سے ایک باریطونی حفرہ یا جیب (pouch) تیار ہوجاتی ہے جو رحمی مثانی جیب (utero-vesical pouch) کے نام سے موسوم ہے۔ جب مثانہ بالکل خالی ہوتا ہے تو یہ جیب (pouch) کشادہ اور اتھلی ہوتی ہے، لیکن جب وہ متمدد ہوجاتا ہے تو یہ تنگ اور گہری ہوجاتی ہے۔

رحمی مثانی جیب (utero-vesical pouch) کے فرش سے باریطون مقدم رحمی دیوار پر چلا جاتا ہے، اور اس کا تعاقب اس عضو کی چوٹی تک کیا جا سکتا ہے، جہاں سے یہ اسکی پچھلی دیوار پر سے ہوتا ہوا ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) میں پہنچ جاتا ہے، جو جسم کا زیر ترین مقام ہے جہاں پر کہ باریطون پایا جاتا ہے۔ اس لیول پر پہنچنے سے قبل یہ رحم سے علیحدہ ہوکر مہبل کی پچھلی دیوار کے بالائی نصف انچ سے علاقہ پیدا کرتا ہے، جہاں ان کے درمیان اتصالی بافت کی ایک پتلی تہ حائل ہوتی ہے۔ رحم کی دیوار کے ساتھ باریطون مضبوطی سے پیوستہ ہوتا ہے۔ اور سوائے مقدم دیوار کے تھوڑے سے رقبہ کے ان کے درمیان کوئی خلوی بافت نہیں پائی جاتی (دیکھو صفحہ 12)۔ ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) کے فرش سے منعکس ہوکر باریطون معائے مستقیم پر پہنچتا ہے۔

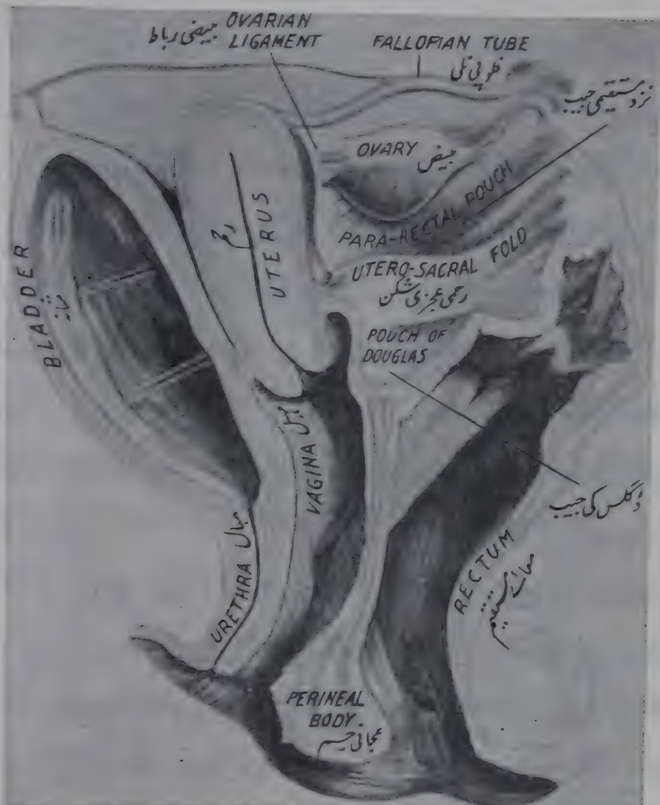


شکل ۳۔ حوضی اعضا جیسا کہ یہ اوپر سے دکھائی دیتے ہیں۔ یہ تصویر ایک تقطیع سے بنائی گئی ہے (چیرنگ کراس ہاسپیٹل میوزیم)۔

ابتدا میں یہ صرف اس کی مقدم دیوار کو پوشیدہ کرتا ہے مگر اوپر جاکر یہ اسکی مقدم اور ہر دو جانبی دیواروں کو محصور کرتا ہے۔ تیسرے عجزی فقرہ (sacral vertebra) کے لیول پر خط وسطانی میں یہ معائے مستقیم سے عجز کی مقدم سطح پر منعکس ہوکر اوپر کی جانب کو جاتا ہے۔ اور عجزی طنف (sacral promontory) سے گذر کر اُس باریطون سے جا ملتا ہے جو پچھلی شکمی دیوار کو پوشیدہ کرتا ہے۔ مذکورہ تمام رقبہ میں باریطون کے نیچے خلوی بافت کی ایک کافی موٹی تہ موجود ہوتی ہے۔

اوپر سے حوضی اعضا کا امتحان کرنے سے (شکل ۳) یہ ظاہر ہوتا ہے کہ حوضی کہفہ رحم اور دیگر چند ساختوں کے ذریعہ سے جو اس سے بلاواسطہ چسپیدہ ہوتی ہیں (یعنی رباطات عریض broad ligaments: فلوپی نلیوں Fallopian tubes: بیضین اور قیفی حوضی شکنوں infundibulo-pelvic folds: سے) سرسری طور پر مقدم اور موخر دونوں خانوں میں منقسم ہے۔ ان جملہ ساختوں سے ایک منحنی مستعرض فاصل بن جاتا ہے جو اگلی طرف سے قدرے محدب اور پچھلی جانب سے کسی قدر مقعر ہوتا ہے۔ اس باریطون کا تعاقب جو مقدم خانہ (anterior compartment) کے فرش کو ڈھانپتا ہے حوض کی گگر سے لیکر حوضی دیوار کے جانبی حصہ پر سے مثانہ کی جانب تک، اور اس عضو کے اوپر سے مقابل کی طرف کی حوضی دیوار اور حوض کی گگر تک مستعرضاً کیا جا سکتا ہے۔ مثانہ کی چوٹی پر سے یہ ایک عرضی شکن کی صورت میں گذرتا ہے جو مستعرض مثانی شکن (transverse vesical fold) کے نام سے موسوم ہے (دیکھو شکل ۳)۔ مثانہ کی خارجی طرف پر رحم کا مستدیر رباط (round ligament) اس خانہ کے فرش کو باریطون کے نیچے سے قطر کی شکل میں عبور کرتا ہے اور داخلی شکمی حلقہ (internal abdominal ring) تک پہنچ جاتا ہے۔ اس خانہ کے فرش کا وسطی حصہ رحمی مثانی جیب (utero-vesical pouch) کا متناظر ہے جس کا ذکر اوپر گذر چکا ہے۔ بعض اوقات یہ جیب (pouch) جانبوں پر دو مقدم موخر باریطونی شکنوں سے محدود ہوتی ہے جو رحم کے اطراف سے مثانہ کے اطراف تک جاتے ہیں، اور رحمی مثانی رباطات (utero-vesical ligaments) کے نام سے موسوم ہیں۔ مگر یہ رباطات خفیف سے نمو یافتہ ہوتے ہیں، اور ہمیشہ نہیں پائے جاتے، اور عملیہ میں شاذ و نادر ہی شناخت کئے جاتے ہیں۔ طبعی حالات میں رحمی مثانی جیب (utero-vesical pouch) محض ایک فضائے بالقوہ ہوتی ہے، کیونکہ رحم اور مثانہ ایک دوسرے سے عین مس کرتے ہیں جب مثانہ متوسط حد تک متمدد ہوتا ہے تو اس کی ہر ایک جانب پر اتھلے جانبی حفروں کا ایک ایک جوڑ نظر آتا ہے

جس کا نام جانبی مثانی جیبیں (lateral vesical pouches) یا نزد مثانی حفرات (para-vesical fossæ) ہے۔ اور یہ رحم کے مستدیر رباطات کے ذریعہ سے مقدم اور موخر قطعات میں



شکل ۴۔ حوضی اعضا، ایک تقطیع سے (چیرنگ کراس ہاسپیٹل میوزیم)۔ جوفی مشمولات وسطانی سہمی تراش سے کاٹے گئے ہیں۔ رحم کی وضع مثانہ کے تمدد کی وجہ سے متغیر ہو گئی ہے۔

سرسری طور پر منقسم ہوتے ہیں۔

موخر خانہ (posterior compartment) مقدم کی نسبت بہت بڑا اور گہرا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۲، ۴ و ۰)۔ سریریاتی اصطلاح میں یہ خانہ ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) کہلاتا ہے، لیکن ماہر تشریح کے نزدیک یہ نام اُس عمیق باریطونی حفرہ کے لئے مخصوص ہے جو معائے مستقیم اور عنقی مہبلی مقام اتصال کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ اس خانہ کے باریطونی

فرش کا تعاقب حوضی گگر سے لیکر نیچے کی طرف جانبی حوضی دیوار کے ساتھ ساتھ حوضی ڈایافرام کے خط مبدا تک، اور یہاں سے ڈھلوان حوضی ڈایافرام سے لیکر دائیں رحمی عجزی رباط (utero-sacral ligament) تک مستعرضاً کیا جا سکتا ہے، یہ ایک بہت واضح شکن یا حید کی شکل میں صاف دکھائی دیتا ہے، جو رحم کی پچھلی اور باہر کی جانب سے لیکر عجز (sacrum) تک پہنچتا ہے (دیکھو شکل ۴ و ۷)۔ اس شکن کے اوپر سے باریطون نیچے کی طرف کو تقریباً عموداً چلا جاتا ہے جس سے ڈگلس کی تشریحی جیب (anatomical pouch of Douglas) بنتی ہے، اور پھر یہ مقابل کی جانب کے اوپر چڑھ کر بائیں رحمی عجزی رباط (utero-sacral ligament) تک پہنچ جاتا ہے، اور اس طرح یہ حوضی ڈایافرام کے اوپر سے گذر کر مقابل کی حوضی دیوار اور حوضی گگر تک چلا جاتا ہے۔ وہ باریطون جو عجز (sacrum) کی اگلی طرف کو ڈھانپتا ہے معائے مستقیم کے اطراف اور اگلی سطح پر سے منعکس ہو جاتا ہے لیکن اس سے ایک مکمل ماساریقا (mesentery) تیار نہیں ہوتی ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) کے لیول پر معائے مستقیم کی محض اگلی جانب پر ہی باریطونی غلاف ہوتا ہے۔

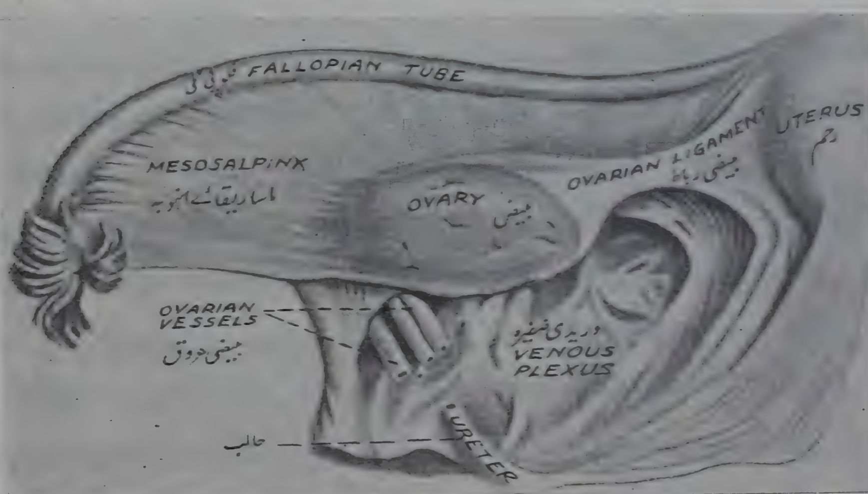
موخر خانہ (posterior comartment) رحمی عجزی شکنوں (utero-sacral folds) کے ذریعہ سے تین حصوں میں منقسم ہوتا ہے۔ یعنی ڈگلس کی تشریحی جیب (anatomical pouch of Douglas) اور دائیں اور بائیں نزد مستقیمی حفرات (para-rectal fossæ) (دیکھو شکل ۳ و ۴)۔ دایاں نزد مستقیمی حفرہ بائیں کی نسبت بہت زیادہ فراخ ہوتا ہے کیونکہ موخر الذکر کا اکثر حصہ حوضی قولون اور معائے مستقیم کے بالائی حصہ سے پر ہوتا ہے۔ حوضی قولون کی ماساریقا (mesentery) کا چپکاؤ بائیں گرد مستقیمی حفرہ کی پچھلی دیوار کے ساتھ ایک ترچھے رخ میں ہے۔ اور ہر ایک گرد مستقیمی حفرہ سامنے کی طرف سے رباط عریض (broad ligament) کی پچھلی جانب سے محدود ہے جس کے ساتھ بیض چپکا ہوا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۳، ۴، و ۵)۔ ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) کی گہرائی مختلف ہوتی ہے (دیکھو صفحہ 14)۔ اس کی اگلی دیوار عموماً مہبل کی پچھلی دیوار کے بالائی ½ تا ¾ انچ کی متناظر ہوتی ہے، اس کا فرش مبرز سے تقریباً ۲½ انچ اوپر ہوتا ہے۔ اس کے بالائی حدود رحمی عجزی رباطات (utero-sacral ligaments) سے تیار ہوتے ہیں، اور جب یہ رباطات اچھی طرح سے نمو یافتہ ہوتے ہیں تو اس کے مدخل کو کسی قدر تنگ کر دیتے ہیں۔ ان رباطات کے منفرج رخ کی وجہ سے اس حفرہ کا مدخل آگے کی نسبت

پیچھے کی طرف زیادہ عریض ہوتا ہے۔ اور یہ صاف ظاہر ہے کہ ڈگلس کی جیب کے فرش تک نہبل اور معائے مستقیم کے راستہ سے انگلی پہنچ سکتی ہے، مگر مقدم الذکر قنال کی نسبت موخرالذکر سے اس کا بہت زیادہ رقبہ محسوس کیا جاسکتا ہے (دیکھو شکل ۴)۔ امراضیاتی حالات کے تحت اس حفرہ کی جسامت اور اس کا محل اور اس کے تعلقات بہت زیادہ متغیر ہو جاتے ہیں۔

عریض رباطات (broad ligaments) اس متعرض فاصل کے بیشتر حصہ پر مشتمل ہوتے ہیں جو حوضی بار یطونی کہفہ کو مقدم اور موخر خانوں میں تقسیم کرتا ہے۔ یہ بار یطون کے دُہرے شکن یا دُہراؤ ہیں جو اُس بار یطون سے مسلسل ہوتے ہیں جو رحم کو پوشیدہ کرتا ہے، اور اسکے جانبی کناروں سے منعکس ہو جاتا ہے۔ یہ بولی تناسلی (urogenital) یا میان گردی (meso-nephric) شکنوں سے پیدا ہوتے ہیں اور ان میں سے ہر ایک سے ایک ڈھیلی جانبی ماساریقا بنتی ہے جو باہر کی اور کسی قدر پیچھے کی طرف کو جاکر حوضی گگر تک پہنچ جاتی ہے۔ تنیدہ حالت میں ہر ایک رباط شکل میں تقریباً ذوار بعتہ الاضلاع ہوتا ہے جس کے بالائی، بیرونی، زیرین، اور اندرونی کنارے ہوتے ہیں۔ بالائی کنارہ آزاد ہوتا ہے اور اسکے شکنوں کے درمیان شکمی دہنہ (abdominal ostium) تک جو درون بار یطونی ہوتا ہے قلوپی نلی (Fallopian tube) پائی جاتی ہے۔ اس نقطہ سے لیکر حوضی دیواز تک بالائی کنارہ آزاد ہوتا ہے۔ اور یہ **قمعی حوضی شکن** (infundibulo-pelvic fold) یا **مبیضی حوضی رباط** (ovario-pelvic ligament) کے نام سے تمیز کیا جاتا ہے۔ بلحاظ نمو یہ رباط **تعلیقی مبیضی رباط** (ligamentum suspensorium ovarii) یا **میان گردی ڈایا فرامی ثنیہ** (plica mesonephrica diaphragmatica) ہے، اور مبیضی عروق اس شکن کے بالائی ایک تہائی حصہ میں سے گذرتے ہیں۔ اس کا بیرونی کنارہ ایک خط کے ساتھ ساتھ حوض کی جانبی دیوار سے چپکا ہوتا ہے جو خارجی حرقفی عروق (external iliac vessels) سے لیکر نیچے کی، سامنے کی، اور اندر کی طرف کو حوض کے فرش تک ایک ترچھے رُخ میں جاتا ہے۔ اندرونی کنارہ اطراف رحم سے چپکا رہتا ہے، اور منعکس ہو کر مہبلی قبوں (vaginal fornices) تک جاتا ہے۔ زیرین کنارہ چھوٹا اور غیر مساوی ہوتا ہے کیونکہ اس کا پچھلا بار یطونی شکن اگلے شکن کی نسبت زیادہ نیچے کے لیول تک جاتا ہے۔ رحم کی طبعی وضع میں عریض رباط آگے کی طرف جھکا ہوتا ہے، اس لئے اس کی سطحوں میں سے ایک کا رخ اوپر کی اور پچھلی طرف کو اور دوسری کا نیچے کی اور سامنے کی طرف

ہوتا ہے (دیکھو شکل ٦)۔

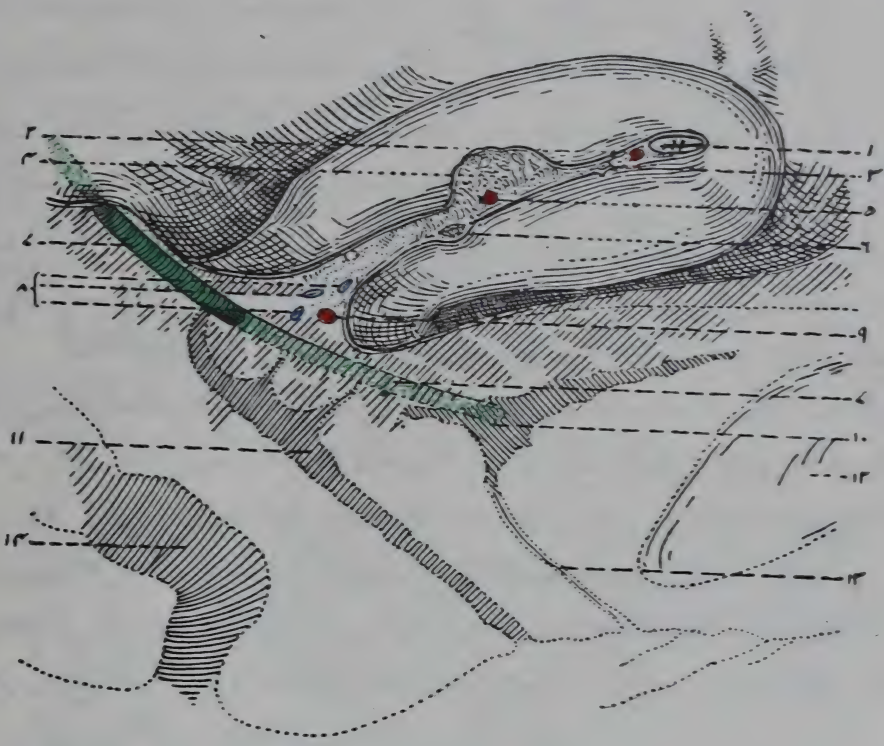
بیض عریض رباط کی پچھلی باریطونی تہ سے چپکا ہوتا ہے۔ اس کے اندرونی قطب سے لیکر قرن الرحم تک مبیضی حقیقی رباط (ligamentum ovarii proprium) جاتا ہے، جو عضلی ریشہ دار بافت کا ایک مضبوط تحت باریطونی بند ہوتا ہے (دیکھو شکل ٥)۔ بیض کی چسپیدگی اس رباط کی پچھلی سطح کو بالائی اور زیرین دو حصوں میں تقسیم کرتی ہے۔ بالائی حصہ جو فلوپی نلی (Fallopian tube) اور بیض کے درمیان واقع ہوتا ہے ماساریقائے انبوبہ (mesosalpinx) کہلاتا ہے۔ یہ باریک اور نیم شفاف ہوتا ہے، اور اس میں تھوڑی سی خلوی بافت موجود ہوتی ہے، اور اس میں جار المبیض (parovarium) (بر مبیض۔ epoö-phoron:) پایا جاتا ہے، جس کے ساتھ گیرٹنر کی قنات (duct of Gaertner) کا ابتدائی حصہ ہوتا ہے۔ زیرین حصہ جو ماساریقائے رحم (mesometrium) کہلاتا ہے، بالائی حصہ کی نسبت بہت موٹا ہوتا ہے، اور حوض کے فرش کے نزدیک یہ دفعتہً کشادہ ہوجاتا ہے، اسلئے اس کے قاعدہ میں بہت سی خلوی بافت پائی جاتی ہے، جس میں عروق اور دوسری اہم ساختیں



شکل ٥۔ رباط عریض کی موخر جانب۔ ا قیمی حوضی شکن (تعلیقی مبیضی رباط) (بیرنگ کراس ہاسپٹل میوزیم)۔

موجود ہوتی ہیں۔
عریض رباط کی اگلی طرف اتھلی ہوتی ہے، اور اس کو رباط مستدیر (round ligament) باریطون کے نیچے سے ایک ترچھے رخ میں عبور کرتا ہے۔ یہ رباط رحمی زاویہ سے لیکر داخلی شکمی حلقہ (internal abdominal ring) تک جاتا ہے۔ باریطون مثانہ اور رحمی مثانی رباطات (utero-vesical ligaments) سے منعکس ہو کر حوض کی اگلی دیوار تک چلا جاتا ہے۔ جس باریطون سے عریض رباط کی پچھلی سطح بنتی ہے وہ اگلی جانب کے باریطون کی نسبت بہت زیادہ نیچے جاتا ہے، اور رحمی عجزی رباطات (utero-sacral ligaments) اور نزد مستقیمی شکنوں (pararectal folds) پر سے منعکس ہو کر حوض کی پچھلی دیوار پر چلا جاتا ہے۔ نیز یہ ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) کے باریطون سے بھی مسلسل ہوتا ہے۔
بلحاظ تشکلیات عریض رباطات امعاء کی ماساریقا کے متناظر ہیں، اور اسی طریقہ سے پیدا ہوتے ہیں۔ رحم کے لئے یہ بمنزلہ پالہنگ ہیں جو ایک مخصوص حد کے اندر اندر اس کو حرکت کرنے سے باز نہیں رکھتے۔ عریض رباط کی تہوں میں متعدد اہم ساختیں بند ہوتی ہیں۔ بالائی حصہ میں فلوپی نلی، مستدیر رباط، بیضی رباط، جار البیض (parovarium) (بر بیض : epoöphoron) بیضی شریان کی شاخیں، اور رحمی شریان کی ایک تفممی (anastomotic) شاخ پائی جاتی ہے۔ زیریں حصہ میں حالب، رحمی عروق خون، گیرٹنر کی قنات (duct of Gaertner)، ایک یا دو چھوٹے چھوٹے لمفی غدد، اور خلوی بافت کا ایک موٹا تغیر پذیر تودہ پایا جاتا ہے۔ ان ساختوں کے باہمی تعلقات شکل ۲ میں بخوبی واضح کر دئے گئے ہیں۔
رحمی عجزی رباطات (utero-sacral ligaments)۔ یہ ساختیں باریطون کے دہراؤ ہیں، جن میں چند عضلی ریشوں سے مخلوط محکم لیفی بافت کی ایک تغیر پذیر مقدار موجود ہوتی ہے۔ جب انہیں عملیتی کام کے دوران میں کاٹا جاتا ہے تو یہ رحم کے دیگر "رباطات" کی نسبت زیادہ محکم اور زیادہ مضبوط ثابت ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۷)۔ فم داخلی (os internum) کے لیول پر یہ عنق کی جانبوں کے پچھلے حصہ سے شروع ہو کر پیچھے کی جانب کو عجز (sacrum) کے نیچے کے سرے کی اگلی سطح تک جاتے ہیں، اور معائے مستقیم بائیں جانب کے رباط کے اوپر سے خمیدہ ہو کر گذر جاتی ہے۔ پیچھے کی طرف آنے میں ان میں کسی قدر انفراج پیدا ہو جاتا ہے۔ ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) کی جانبی دیواروں کے بالائی کنارے انہی سے طیار ہوتے ہیں، اور

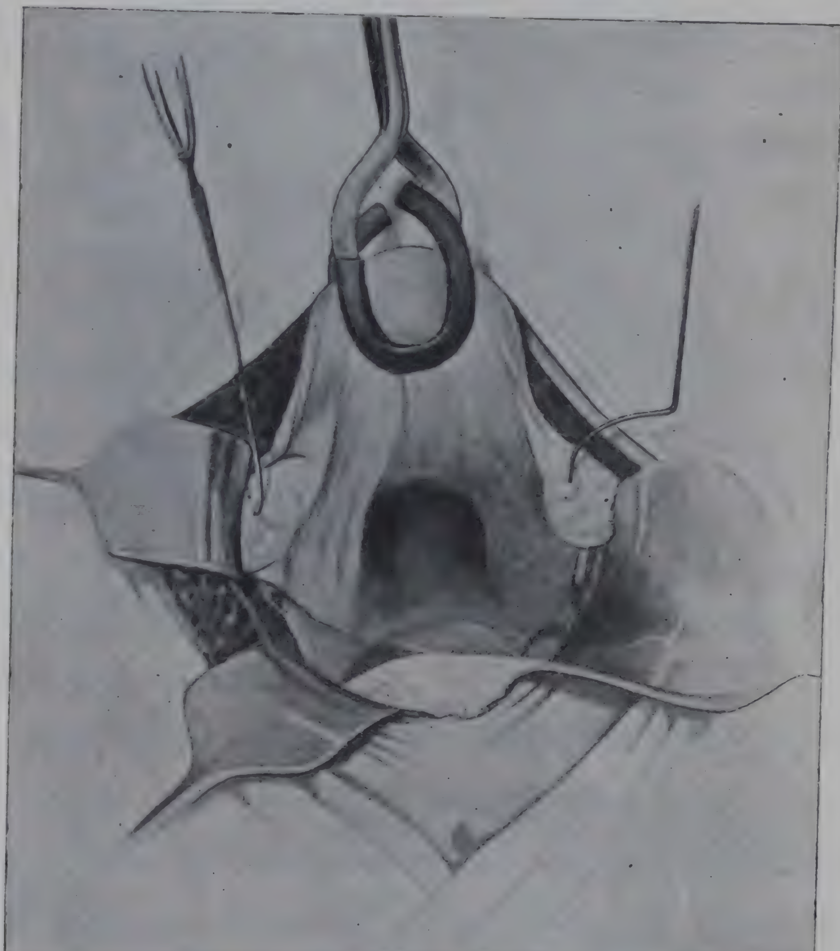
پچھلے حوضی خانہ (posterior pelvic compartment) کو یہ تین حفروں (fossæ) میں منقسم کر دیتے ہیں (دیکھو شکل ۳ و ۷)۔ زندہ افراد میں ان کی دبازت مختلف ہوتی ہے۔



شکل ۶۔ رباط عریض میں سے اس کے رحمی کنارہ سے تقریباً ۱ انچ باہر سے تراش لی گئی ہے (ارتسامی توضیح)۔ ۱۔ فلوپی نلی۔ ۲۔ مبیضی شریان کی انبوبی شاخ ۳۔ جار المبیضی (بر مبیضی) انبیب۔ ۴۔ مبیض۔ ۵۔ مبیضی شریان۔ ۶۔ رباط مستدیر۔ ۷۔ حالب۔ ۸۔ رحمی وریدیں۔ ۹۔ رحمی شریان۔ ۱۰۔ مثانہ۔ ۱۱۔ مہبل۔ ۱۲۔ ارتفاق عانہ۔ ۱۳۔ مبال۔ ۱۴۔ معائے مستقیم۔
(حالب، سبز۔ شریانیں، سرخ۔ وریدیں، نیلی۔)

بعض افراد میں دوسروں کی نسبت یہ زیادہ اچھی طرح نمو یافتہ ہوتے ہیں۔ عنق کیلئے یہ بمنزلہ پالنگ ہیں

اور اس کو حوض کی پچھلی دیوار سے وابستہ رکھتے ہیں۔ اچھی طرح سے نمو یافتہ ہونے کی حالت میں یہ عنق کی مفرط متقدم غیر وضعیت میں مزاحمت پیدا کر سکتے ہیں، رحمی شریان کی ایک چھوٹی سی شاخ ہر ایک رباط کے ساتھ ہوتی ہے۔ یہ رباط براستہ معائے مستقیم انگلی سے محسوس کئے جا سکتے ہیں۔



شکل ۷۔ ڈگلس کی جیب اور رحمی عجزی شکنوں کو دکھانے کے لئے (جیسا کہ یہ عملیہ میں دکھائی دیتے ہیں جب کہ مریضہ ٹرنڈلنبرگ کی وضع میں ہو) رحم کو آگے کی طرف کو کھینچ لیا گیا ہے اور ہر ایک مبیض کو ایک طرف کو پکڑ کر رکھا گیا ہے۔

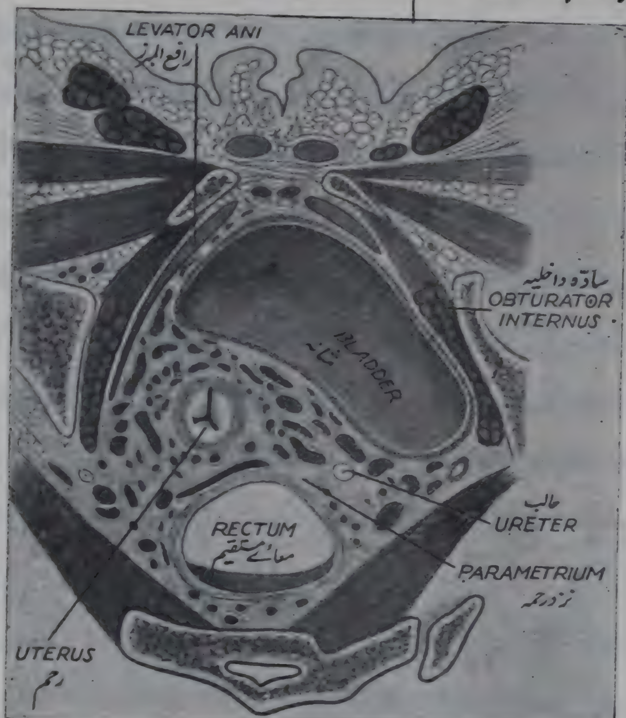
اور اگر یہ التہابی یا خبیث مرض کے باعث دبیز ہو گئے ہوں تو ان کو بآسانی محسوس کیا جا سکتا ہے۔

خلوی بافت۔ حوضی خلوی بافت یا نزد رحمہ (parametrium) شکمی کہفہ کی تحت باریطونی خلوی بافت (subperitoneal cellular tissue) کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے۔ یہ بافت حوض کے بالائی حصہ میں مقابلتہً باریک ہوتی ہے، اور حوضی فرش پر یہ سب سے زیادہ کثرت سے پائی جاتی ہے جہاں یہ اعضا کے تمام درمیانی وقفوں کو پُرکرتی ہے، اور ان کثیر التعداد عروق خون، اعصاب، اور لمفی عروق کیلئے جو ان اعضا کی طرف سے آتے یا ان کی طرف کو جاتے ہیں ایک حامل وسیط کا کام دیتی ہے۔ مقدم طرف پر حوضی خلوی بافت مقدم شکمی دیوار کی تحت باریطونی خلوی بافت سے، اور جانبین پر حرقفی حفرہ (iliac fossa) کی اسی بافت سے مسلسل ہوتی ہے۔خارجی خلوی بافت سے یہ ساد (obturator) اور عجزی نسائی (sacro-sciatic) اور فخذی (femoral) سوراخوں کے راستہ سے ربط قائم کرتی ہے کیونکہ یہ ساد (obturator)، الوی (gluteal) اور فخذی (femoral) عروق کے ہمراہ جاتی ہے۔ رباط مستدیر (round ligament) کو محصور کرنے کی وجہ سے اربی قنال (inguinal canal) کے راستہ یہ شفرۂ کبیر (labium majus) کی تحت جلدی چربی سے جا ملتی ہے، اور حوضی قولون کی ماساریقا کی وساطت سے یہ عمومی شکمی کہفہ کی خلوی بافت سے مسلسل ہوتی ہے۔ مزید برآں یہ حالبین (ureters) کے گرد ہوتی ہوئی انہی کے ذریعہ سے گردہ کے شحمی کیسہ سے بھی جاملتی ہے۔ اس میں بہت سے لمفی غدد مدفون ہوتے ہیں۔ یہ امر معتدبہ سریری اہمیت رکھتا ہے۔

خلوی بافت کی سب سے زیادہ مقدار عنق الرحم (cervix) کے تعلق میں پائی جاتی ہے، جہاں اس سے فرکو کا نزد رحمہ (parametrium of Virchow) بنتا ہے۔ نیز مثانہ کی دونو طرفوں پر اور اس کے علاقہ میں خلوی بافت کے بڑے بڑے تودے پائے جاتے ہیں۔ پیچھے کی طرف سے یہ عنق اور ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) کے درمیان اتنی زیادہ مقدار میں نہیں پائی جاتی۔ جسم رحم کی اگلی اور پچھلی سطحوں پر خلوی بافت کی کوئی پوشش نہیں ہوتی، اور باریطون عضلی تہ پر ہی متمکن ہوتا ہے۔

خلوی بافت کی عمومی تقسیم اور اس کے تعلقات شکل ۸ سے سمجھ میں آسکتے ہیں۔ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ خلوی بافت زیادہ تر موخر حوضی خانہ کے تعلق میں پائی جاتی ہے۔ مثانہ کے گرد صرف ایک باریک تہ ہی موجود ہوتی ہے، لیکن عنق الرحم کے اطراف پر یہ بکثرت پائی جاتی ہے، جہاں پر اس کا ایک موٹا جانبی خانہ بنتا ہے جو مثانہ اور عجزی ورکی کٹاؤں (sacro-sciatic notches)

کے درمیان حائل ہوجاتا ہے۔ اس مقام سے خلوی بافت کا تعاقب پچھلی طرف کو عجز (sacrum)



شکل ۸۔ خلوی بافت کو ظاہر کرنے کے لئے حوض میں سے افقی تراش لی گئی ہے۔

کی مقدم سطح تک کیا جاسکتا ہے، جس پر یہ ایک موٹا غلاف چڑھا دیتی ہے۔ معائے مستقیم کو یہاں یہ مکمل طور پر احاطہ کرلیتی ہے۔ مقدم جانب پر خلوی بافت مثانہ اور عانین (pubes) کی مؤخر سطوں کے درمیان نہایت کثرت سے پائی جاتی ہے۔ خلوی بافت کے جانبی تودوں میں حالبین (ureters)، رحمی شریانوں اور وریدوں کے ساتھ، اور سلک نما ضفیرہ (pampiniform plexus) کی بڑی بڑی وریدیں مدفون پائی جاتی ہیں۔ یہ امر امراضیاتی اور جراحی نقطۂ نظر سے اہم ہے۔

حوضی خلوی بافت اپنے اکثر حصوں میں ایک ڈھیلی اور غیر مزاحم ساخت ہوتی ہے، لیکن بعض سمتوں میں یہ بستہ ہوکر مضبوط لیفی بافت میں تبدیل ہوجاتی ہے۔ اور یہ تبدیلی بالخصوص بڑے بڑے وریدی ضفیروں اور شریانوں کے تعلق میں ظاہر ہوتی ہے، جن کے لئے اس سے

واضح الحدود گرد عروقی غلاف طیار ہوتے ہیں۔ شریانیں اور وریدیں دونوں ایک طرف تو داخلی حرقفی عروق (internal iliac vessels) سے اور دوسری طرف فرشِ حوض کے اعضا سے وابستہ ہوتی ہیں۔ اس طرح گرد عرقی غلاف، رحم اور دیگر حوضی اعضا کو ان کے طبعی محل میں سہارا دینے کے لئے ایک اہم عنصر کا کام دیتا ہے۔ نیز زنانہ حوض کے نزد رحمہ (parametrium) یا اتصالی بافت کے قالب میں غیر مخطط عضلہ کی ایک معتدبہ مقدار موجود ہوتی ہے۔ رباطاتِ عریض کے قاعدہ پر یہ مرتکز ہو کر سہارا دینے والے رباطات کی شکل اختیار کر لیتی ہے، اور بعض کا یہ خیال ہے کہ ان عضلی ریشوں کی "تنیدگی" حوضی احشاء کی سکونیات (statics) پر معتدبہ اثر رکھتی ہے۔

حالب کی حوضی گذرگاہ بھی تمامہ خلوی بافت کے مستویوں میں واقع ہوتی ہے، اور اس کا تعاقب عجزی حرقفی مفصل غضروفی (sacro-iliac synchondrosis) سے جس تک یہ مبیضی شریان کی رفاقت میں پہنچتا ہے جانبی حوضی دیوار کے ساتھ ساتھ نیچے کی طرف رباطِ عریض تک کیا جا سکتا ہے (دیکھو حالب صفحہ 64)۔

عنق کے مستعرض رباطات (transverse ligaments of the cervix)

(مستعرض عنقی رباطات: ligamenta transversalis colli یا رباطاتِ اعظم ligamenta cardinalia:) ۔ یہ ساختیں جو میکنروٹ (Mackenrodt) نے بیان کی ہیں محکم لیفی عضلی بافت کے بند ہیں جن سے حوضی ردا (pelvic fascia) کی احشائی تہ (visceral layer) کے اختصاص یافتہ حصے طیار ہوتے ہیں۔ ورکی شوکوں (ischial spines) کے قرب و جوار سے نکل کر یہ رباطات حوضی خلوی بافت میں سے رافعات مبرز کے اوپر سے گذرتے ہیں، اور عنق کے اطراف اور مہبلی دیواروں کے جانبی پہلوؤں پر چسپیدہ ہو جاتے ہیں۔ بخلاف دوسرے رحمی رباطات کے ان پر کوئی مخصوص باریطونی پوشش نہیں ہوتی۔ بعض ماہرین تشریح کے نزدیک ان سے اُن رحمی شریانوں کے غلافوں کا کچھ حصّہ طیار ہوتا ہے جو تقریباً اسی لیول پر رحم تک پہنچتی ہیں۔ بونی (Bonney) کے مطابق رباطاتِ اعظم (cardinal ligaments) ان عضلی ریشوں سے تقویت پاتے ہیں جو رحم کے تحت مصلی عضلی ورقہ (subserous muscular lamina) سے مسلسل ہوتے ہیں۔ مصنف مذکور نے عضلہ کے اس تختہ کی اہمیت پر خاص زور دیا ہے، اور اس کا یہ خیال ہے کہ اس کا مرکزی حصّہ جسے وہ عانی عنقی عضلہ (pubo-cervicalis muscle) کے نام سے موسوم کرتا ہے، رباطاتِ اعظم (cardinal ligaments) کے ہمراہ

ایک مقدم "حوضی شلف" (pelvic shelf) طیار کرتا ہے جو مثانہ کو سہارا دیتا ہے۔

جراحی تشریح ۔ حوضی باریطونی کہفہ تک نیچے کی جانب سے رحمی مثانی جیب (utero-vesical pouch) کے راستہ سے یا ڈگلس کی جیب کے راستہ سے بذریعہ مہبلی شگاف پہنچا جاسکتا ہے۔ قبل الذکر کو کھولنے (مقدم مہبل شگافی : anterior colpotomy) کے لئے مقدم مہبلی دیوار وہ ساخت ہے جو پہلے کاٹی جاتی ہے، پھر مثانہ اور عنق الرحم کے درمیان کی خلوی بافت کی کند تقطیع کرنے کے بعد اول الذکر کو ایک طرف ہٹا دیا جاتا ہے اور رحمی مثانی جیب کا فرش چمٹی سے پکڑ کر کاٹ دیا جاتا ہے۔ یہ امر ذہن نشین رکھنا چاہیئے کہ مثانہ کے قاعدہ کو یوں اوپر ہٹا دینے کے بعد حالبین (ureters) بھی جو کہ اس میں داخل ہوتے ہیں اوپر اٹھ جائیں گے، اس طرح ضرر سے ان کو باسانی محفوظ رکھا جاسکتا ہے۔ ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) کو کھولنے (موخر مہبل شگافی posterior colpotomy) کے لئے مہبلی دیوار کو کاٹا جاتا ہے جس کے بعد خلوی بافت کی ایک تہ جس کی دبازت مختلف حالات میں مختلف ہوتی ہے سامنے آتی ہے، اس تہ کو باریطون تک پہنچنے کے لئے کند تقطیع سے علیحدہ کرنا ضروری ہے۔ یہاں پر کوئی اہم حشا معرض ضرر میں نہیں آتا (دیکھو شکل ۴)۔ کثیر الولادت عورت میں عدیم الولادت عورت کی نسبت، حمل اور ولادت سے پیدا شدہ تناؤ کی وجہ سے، باریطون تک آگے اور پیچھے سے زیادہ آسانی سے رسائی ہوسکتی ہے۔

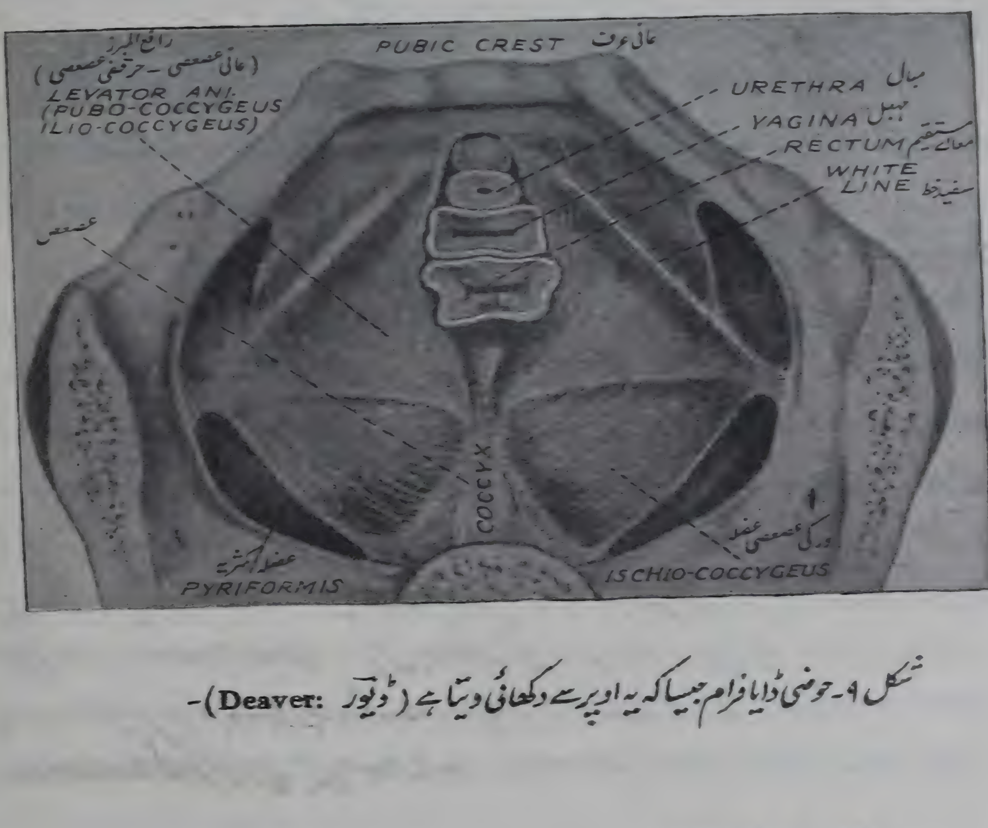
امراضیاتی حالات میں مقدم اور موخر باریطونی جیبوں کے علاقہ جات میں بہت کچھ تغیر واقع ہوجاتا ہے۔ چنانچہ سقوط (prolapse) میں رحمی مثانی جیب اور ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) کے فرش بعض اوقات فرج سے باہر آجاتے ہیں (دیکھو شکل ۳، صفحہ 608)۔ اگر ڈگلس کی جیب میں کوئی سلعہ موجود ہو تو وہ اسے مبرز کے نیول تک نیچے کی طرف کو دبا دیتا ہے۔ اور ساتھ ہی رحم کو اگلی طرف عانہ کی جانب دھکیل دیتا ہے۔ اور اگر خلوی بافت کے جانبی تودوں میں کوئی انصباب پیدا ہوجائے تو وہ رحم کو مقابل جانب کی طرف دھکیل دیتا ہے۔ حوضی خلوی بافت کے کسی حصہ کا التہاب بلاواسطہ تسلسل سے تمام کہفۂ حوض کے ارد گرد پھیل سکتا ہے، اور مقدم شکمی دیوار حرقفی حفرہ (iliac fossa) اور پس باریطونی شکمی خلوی بافت تک پہنچ جاتا ہے۔ نیز اس طرح سے یہ گردہ، اور ڈایافرام تک بھی چلا جاتا ہے۔ اور یا عجزی نسائی سوراخ (sacro-sciatic foramen) سے گزر کر سرین میں یا سوراخ ساد (obturator foramen) سے گزر کر ران کی

اگلی طرف میں داخل ہوسکتا ہے۔ نیز حوض کے اجتماعاتِ ریم کا تخلیہ بعض اوقات ازخود کسی جوفدار حوضی حشا مثلاً مثانہ یا معائے کبیر میں اور شاذونادر مہبل میں بھی ہوجاتا ہے۔ عنق کے گرد اور رباطِ عریض کے قاعدہ پر جو خلوی اتصالی بافت موجود ہوتی ہے اس میں بڑی بڑی وریدوں کا ایک وسیع جال موجود ہوتا ہے جو اُس علقیت (thrombosis)، تقیح الدم (pyæmia) اور سدادیت (embolism) کی توجیہ کرتا ہے جو عنق الرحم کی سرائت زدہ وریدگیوں سے پیدا ہوتے ہیں۔

فرشِ حوض

(THE PELVIC FLOOR)

حوض کا مخرج جو عانی اور ورک کی فروع، ورکی حدبیہ (ischial tuberosity)،

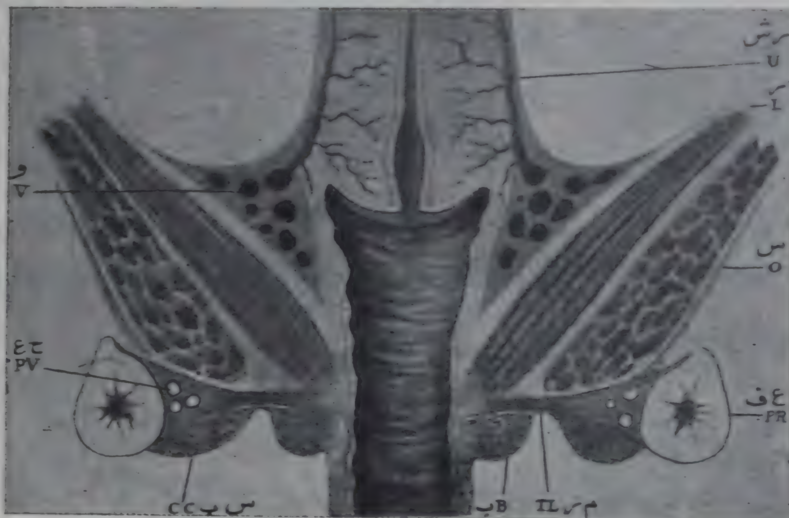


شکل ۹۔ حوضی ڈایافرام جیسا کہ یہ اوپر سے دکھائی دیتا ہے (ڈیور :Deaver)۔

عظیم عجزی نسائی رباط، اور عصعص سے محدود ہوتا ہے، عضلی ردائی بافتوں کے ایک عمیق گردہ سے مسدود ہوتا ہے جو حوضی ڈایافرام (pelvic diaphragm) پر مشتمل ہے۔ یہ ایک قیف نما ساخت ہے جس کی شکل بیضوی ہوتی ہے۔ اس کا طویل محور مقدم موخرہ ہوتا ہے۔ یہ ایک مرکب عضلی تختہ ہے جو ماہرین تشریح کے نزدیک تین عضلات پر مشتمل ہے، یعنی عانی عصعصی عضلہ (pubo-coccygeus)، حرقفی عصعصی عضلہ (ilio-coccygeus) اور ورکی عصعصی عضلہ (ischio-coccygeus) پر۔ عانی عصعصی عضلہ (pubo-coccygeus) اور حرقفی عصعصی عضلہ (ilio-coccygeus) دونوں کا ذکر اکٹھا کیا جاتا ہے کیونکہ یہ عضلہ رافع المبرز (levator ani muscle) پر مشتمل ہوتے ہیں۔ اس اہم عضلہ کا صفاق (aponeurosis) حوضی ردا کی احشائی تہ سے بنتا ہے۔

عانی عصعصی عضلہ (pubo-coccygeus) ارتفاق عانہ کی عقبی جانب، اور عانی جسم سے، اور دیوارِ حوض کے ایک ترچھے خط سے پیدا ہوتا ہے جو اوپر کی اور باہر کی طرف کو قنال ساد (obturator canal) کی طرف کو چلا جاتا ہے۔ نیز یہ کسی حد تک مثلثی رباط (triangular ligament) سے بھی پیدا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۹)۔ یہ عضلہ پیچھے کی اور اندر کی طرف کو چلا جاتا ہے اور اس کا کچھ حصہ آخری عجزی فقرہ میں اور کچھ حصہ ایک وتری وسطانی سیون (tendinous median raphé) میں جو معائے مستقیم کے پیچھے واقع ہوتی ہے منتہی ہو جاتا ہے، اور یہاں یہ مقابل کی طرف کے دوسرے رفیق سے مل جاتا ہے (تھامسن: Thomson)۔ یہ عضلات جو ہمیشہ پائے جاتے ہیں اور بخوبی نمو یافتہ ہوتے ہیں، مثانہ کے قاعدہ، مبال کے بالائی حصہ، مہبل اور معائے مستقیم کے کچھ حصہ کو غلاف پہناتے ہیں، اور کسی حد تک ایک تکملی عاصری فعل سر انجام دیتے ہیں؛ اور ان حصص کو سہارا بھی دیتے ہیں۔ حرقفی عصعصی عضلہ (ilio-coccygeus) جو عورت میں اکثر تقریباً سب کا سب صفاقی ہوتا ہے، بعض اوقات حرقفی مشطی خط (ilio-pectineal line) سے پیدا ہوتا ہے، اور بعض اوقات ایک لیفی محراب سے، جو عانین سے ورکی شوکہ تک جاتی ہے، اور "حوضی ردا کے سفید خط" کے نام سے موسوم ہے (تھامسن: Thomson)۔ یہ عضلہ آخیر کے دو عصعصی فقرات اور مبرزی عصعصی وسطانی سیون پر منتہی ہوتا ہے۔ عصعصی عضلہ (coccygeus) یا ورکی عصعصی عضلہ (ischio-coccygeus)۔ جو بالعموم اکیلا ہی صفاقی ہوتا ہے، ورکی شوکہ سے نکلتا ہے، اور عجزی فقرات کے جانبی اطراف اور عصعص (coccyx) پر

منتہی ہوتا ہے۔ یہ اتنا اہم نہیں ہے جتنا اہم کہ رافع المبرز (levator ani) (عانی عصعصی عضلہ



شکل ۱۰۔ فرشِ حوض میں سے اکلیلی تراش۔ ر۔ رافع المبرز۔ س۔ سادہ داخلہ۔
ع ف۔ عانی فرع۔ م ر۔ مثلثی رباط۔ ب۔ مہبل کا بصلہ۔ س ب۔
ساق بظر۔ ح ع۔ داخلی حیائی عروق اور عصب۔ ر ش۔ رحمی شریان
و۔ وریدیں اور نزد رحمہ۔
(ایلیٹ سمتھ اور سٹاپ فورڈ کے مطابق)

اور حرقفی عصعصی عضلہ) ہے۔

وکٹر بونی (Victor Bonney) نے ایک اور عضلی ردائی تہ کا ذکر کیا ہے جس کا نام اس نے عانی عنقی عضلہ (pubo-cervicalis muscle) رکھا ہے (دیکھو ص 13)۔
1 اس میں غیر مخطط عضلہ ہوتا ہے، اور یہ اسی لیول پر واقع ہوتا ہے جس پر عنق کا مستعرض رباط ہوتا ہے، یعنی یہ عضلات کے لیول سے اوپر ہوتا ہے۔ جن سے حوضی ڈایا فرام مرکب ہوتا ہے۔ اس کے متعلق یہ بیان کیا جاتا ہے کہ یہ ارتفاق عانہ (symphysis pubis) کی پچھلی طرف سے لیکر عنق اور محرابِ مہبل کی سامنے کی طرف اور دونوں جانبوں تک پھیلا ہوتا ہے۔ لہٰذا اس سے وہ فرش

طیار ہوتا ہے جس پر مثانہ بلاواسطہ متمکن ہوتا ہے۔ بونی (Bonney) کا یہ خیال ہے کہ اس کے عضلی عناصر رحم کے عضلی نظام کے سطحی طولانی ریشوں سے مسلسل ہوتے ہیں۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ اس کا فعل مثانہ اور مہبل کے بالائی حصّہ کو سہارا دینا ہوگا۔

تشکیلیاتی نقطۂ نگاہ سے عانی عصعصی عضلہ (pubo-coccygeus)، حرقفی عصعصی عضلہ (ilio-coccygeus) اور ورکی عصعصی عضلہ (ischio-coccygeus) قسرود (apes) اور ادنیٰ پستانیوں کے قوی ذنبی عضلات کے قائم مقام ہیں۔ قبل الذکر دونوں دُم کے خافض عضلات ہیں، اور موخر الذکر اس کو ہلانے کے عضلات ہیں۔ چونکہ آدمی میں دم غائب ہوگئی ہے اس لئے ان عضلات کا اصلی فعل بھی زائل ہوگیا ہے، لہٰذا دمدار جانوروں کے عضلات کی نسبت یہ درحقیقت بہت کم نمو یافتہ اور کمزور ہوتے ہیں۔ اس امر کے متعلق معتدبہ اختلاف آرا پایا جاتا ہے کہ انسان میں یہ عضلات کیا فعل سرانجام دیتے ہیں۔ بعض مصنفین ان کو آثاری ساختیں تصور کرتے ہیں جو اس قدر کمزور ہو چکی ہیں کہ عملی طور پر بیکار ہوگئی ہیں۔ بعض کا یہ خیال ہے کہ یہ ایک اہم فعل سرانجام دیتے ہیں جو انسان کے منتصب القامت ہو جانے سے پیدا ہوگیا ہے، اور یہ فعل درون شکمی دباؤ کے اس فوری اضافہ کو برداشت کرنے کا ہے جو مثال کے طور پر کھانسنے، چھینکنے اور تبرز میں شدید عضلی جہد سے واقع ہو جاتا ہے (پیرآمور: Paramore)۔ اگر فرشِ حوض میں ایسی ساختیں موجود نہ ہوتیں جن میں دباؤ کے ایسے اضافوں کا جو بالائی سمت سے ظہور پذیر ہوتے ہیں کامیابی سے مقابلہ کرنے کی استعداد نہ پائی جاتی تو احشائے حوض کا فتقی بروز بلاشبہ زیادہ کثیر الوقوع ہوتا۔ موخر الذکر نظریہ صحیح معلوم ہوتا ہے، اور اگر اسے تسلیم کر لیا جائے تو اس سے یہ نتیجہ حاصل ہوتا ہے کہ وہ عضلات جو کہفۂ حوض کو نیچے سے بند کرتے ہیں، اور اپنے انقباض سے حوضی ڈایافرام کی مزاحمت میں حسب ضرورت اضافہ کر سکتے ہیں، ایسی ساختیں ہیں جو فعلیاتی نقطۂ نظر سے عظیم الاہمیت ہیں۔

تاہم یہ امر ضرور ذہن نشین رکھنا چاہئے کہ حوضی ڈایافرام مجری بول اور مہبل کے گذرنے کی وجہ سے کمزور ہو جاتا ہے۔ جن عورتوں کو بچے پیدا ہوئے ہوں اُن میں موخر الذکر روزن عظیم الجسامت ہوتا ہے۔ یہ نہ خیال کرنا چاہئے کہ معائے مستقیم بھی حوضی ڈایافرام کو منثقب کرتی ہے، یہ اپنے ایک خانہ میں بالکل آزادانہ واقع ہوتی ہے۔ اور دوسری قنالوں کی نسبت اسکی طبعی حرکت پذیری کا احاطہ بہت وسیع ہوتا ہے۔ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ حوضی ڈایافرام میں کمزوری کا ایک عنصر بین طور پر پایا جاتا ہے جو حادثات ولادت کی وجہ سے اس کی فعلی کارکردگی کو بہت نقصان

پہنچ سکتا ہے۔

بعض دوسری ترتیبیں بھی موجود ہیں جو کمزوری کے اس عنصر کی ایک بڑی حد تک تلافی کر دیتی
ہیں۔ اول مہبل اور مجری بول حوضی ڈایافرام کی ڈھلوان سطحوں سے حوضی ردا کی ایک تہ سے چپکے ہوتے
ہیں جو ان کو محصور کرتی ہے، اور حوضی ردا کی دوسری قسمتوں سے خط سفید پر مسلسل ہوتی ہے۔ دوم
عنق اور مہبل کا اپنا ایک مختص سہارا ہوتا ہے۔ یہ یاد ہوگا کہ عروق رحم رحم تک فم داخلی (os
internum) کے لیول پر پہنچتے ہیں، جب یہ عجزی حرقفی مفصل (sacro-iliac joint)
کے نواح سے حوض میں سے گذرنے لگتے ہیں تو اپنے ساتھ مضبوط لیفی بافت کی ایک پوشش
لے جاتے ہیں (دیکھو شکل ۱۰)۔ یہ عروق معہ اپنے غلافوں کے ایک اہم جانبی چپکاؤ کا کام دیتے
ہیں جو نزول رحم کو مزاحم آتا ہے۔ مزید برآں اس لیول پر لیفی بافت کا ایک بخوبی نمو یافتہ بند
پایا جاتا ہے جو "عنق کے مستعرض رباط" (transverse ligament of the cervix)
(پیٹرسن :Paterson) یا "رباطِ عظیم" (cardinal ligament) کے نام سے موسوم
کیا جا چکا ہے۔ یہ رباطِ عروقِ رحم کے ساتھ ساتھ چلا جاتا ہے مگر زیادہ نیچے لیول پر ہوتا ہے،
اور ان کی لیفی پوشش کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے۔ باہر کی طرف سے یہ حرقفی عروق (iliac 17
vessels) کے لیفی غلاف اور ان مضبوط لیفی بندوں کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے جو نسائی
کٹاؤ (sciatic notch) میں سے گذر کر حوض میں داخل ہوتے ہیں، اور اندر کی طرف سے یہ
رحم کے اطراف، محراب مہبل کے اطراف، اور مجری بول اور مثانہ کے اطراف سے چپکا ہوتا ہے۔
اس امر کا کئی دفعہ مشاہدہ کیا جا چکا ہے کہ رحم کو براستہ مہبل دور کرتے وقت عنق اپنے طبعی لیول
سے زیادہ نیچے نہیں کھینچی جا سکتی تاوقتیکہ وہ ساختیں جو اس کے اطراف پر موجود ہوتی ہیں معہ
عروق کے کاٹ نہ دی جائیں۔ ایسا کرنے پر یہ بآسانی فرج سے باہر لائی جا سکتی ہے۔ عروقِ رحم اور
مستعرض رباطات کو کاٹنے ہی سے عنق آزاد ہوتی ہے۔

لہٰذا معلوم یہ ہوتا ہے کہ رحم اپنے طبعی لیول پر حوضی ڈایافرام، عروق خون کے لیفی
غلافوں، اور ان تکمیلی مستعرض ردائی بندوں کے ذریعہ سے برقرار رہتا ہے جو عنق اور محراب
مہبل سے چپکے ہوتے ہیں۔ درون شکمی دباؤ میں جو مسلسل تغیرات تنفس، وضع کی تبدیلیوں، کھانسنے،
جھکنے، اور عمومی عضلی جہد سے واقع ہوتے رہتے ہیں، انکا مقابلہ حوضی ڈایافرام کے عضلات کے
انقباض سے ہوتا رہتا ہے، لہٰذا یہ عضلات ہمیشہ وظیفی طور پر فعال رہتے ہیں۔ یہ ممکن ہے کہ

درون شکمی دباؤ میں غیر طبعی زیادتیوں کے واقع ہونے سے ان عضلات میں تعویضی بیش پرورش نمودار ہوجاتی ہو۔ بخلاف اس کے ان ساختوں اور مستعرض ردائی بندوں کو حد سے زیادہ کھینچ جانے، یا بچہ کی پیدائش میں دریدگی کے واقع ہونے سے، جو ضرر پہنچتا ہے اس سے ان کی کارکردگی کو شدید نقصان پہنچیگا، جس کی وجہ سے یہ درون شکمی دباؤ کی قوتوں کے سامنے نہیں ٹہر سکیں گے، اور اس طرح رحم، مہبل، اور مثانہ میں غیر وضعیت واقع ہوجائیے گی۔

رحم

عمومی تشریح اور تعلقات ۔جب رحم کو اس کی چسپیدگیوں سے علیحدہ کردیا جاتا ہے تو یہ کمثری الشکل یعنی ناشپاتی نما دکھائی دیتا ہے۔ اس کا طول تقریباً ۳ انچ ہوتا ہے، اور یہ اوپر کے ایک چوڑے اور نیچے کے ایک تنگ حصہ پر مشتمل ہوتا ہے۔ نیچے کا حصہ عنق (cervix) یا گردن (neck) کے نام سے موسوم ہے، اور اوپر کا حصہ جسم (corpus or body) کہلاتا ہے۔ دونوں حصوں کا اتصال خارجی سطح پر ایک خفیف سے بھچاؤ کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے جو تنگنائے (isthmus) کے نام سے موسوم ہے۔ عنق کی شکل اسطوانہ نما ہوتی ہے، اور اس کا طول ایک انچ ہوتا ہے۔ جسم رحم نیچے کی انسبت اوپر سے زیادہ چوڑا ہوتا ہے، اور اس کی مستعرض پیمائش مقدم موخر پیمائش سے زیادہ ہوتی ہے۔ اوپر کا چوڑا سرا محدب ہوتا ہے، اور اس کا تحدب سہمی مستوی میں زیادہ نمایاں اور اکلیلی میں خفیف سا ہوتا ہے۔ جسم رحم کا سب سے بڑا مستعرض قطر رحم کی چوٹی سے ذرا نیچے ہوتا ہے، اور اس کا طول ۲ انچ ہوتا ہے۔ اس قطر سے اوپر کا حصہ قعر (fundus) کہلاتا ہے۔ رحم کے اس حصہ کا منحنی خاکہ جو مستعرضاً چوڑا ہوتا ہے۔ اس کا ایک ممیز خاصہ ہے اور سریری امتحان پر یہ بذریعہ حِس صاف طور پر شناخت کیا جاسکتا ہے۔ اس سے یہ ظاہر ہوگیا ہوگا کہ قعر (fundus) تشریحی نقطۂ نظر سے جسم الرحم (corpus uteri) کی ایک ذیلی تقسیم ہے، اور بلحاظ اصطلاح اسے اس کے ساتھ خلط ملط نہیں کرنا چاہئیے۔ سب سے بڑے مستعرض قطر کے انتہائی سروں پر فلوپی نلیاں جسم سے آملتی ہیں۔ یہ مقامات قرون (cornua) یا زاویوں (angles) کے نام سے معروف ہیں۔ فلوپی نلیوں کے علاوہ دو دیگر ساختیں بھی رحم کے قرون سے چسپیدہ ہوتی ہیں، یعنی مستدیر اور بیضی رباطات۔ یہ تینوں ساختیں ایک مستوی میں واقع

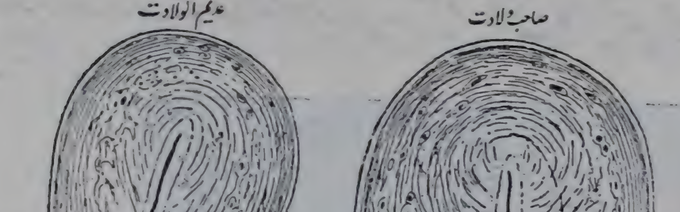
نہیں ہوتیں، مگر ان کی ترتیب اوپر سے نیچے کی طرف یہ ہوتی ہے۔ نلی، متدیر رباط، بیضی رباط۔ اور آگے سے پیچھے کی طرف کو ان کی ترتیب حسب ذیل ہوتی ہے۔ متدیر رباط، فلوپی نلی، بیضی رباط (دیکھو شکل ۳)۔ عدیم الولادت عورت میں جسم رحم کی اگلی سطح چپٹی اور پچھلی سطح نمایاں طور پر محدب ہوتی ہے، مگر کثیر الولادت عورتوں میں ہر دو محدب ہوتی ہیں۔ 18

خارجی طرف سے جسم رحم باریطون سے پوشیدہ ہوتا ہے۔ اس کے اندر ایک کہفہ بالقوہ ہوتا ہے جس کا استر ایک اختصاص یافتہ سر حلمہ یعنی درون رحمہ (endometruim) سے بنتا ہے۔ اس کہفہ میں افراز کی تھوڑی سی مقدار موجود ہوتی ہے جو درون رحمہ کے غدد سے طیار ہوتی ہے۔ دوران حیض میں اس میں خون جمع ہو جاتا ہے، اور دوران حمل اور دیگر مرضی صورتوں میں اس کی جسامت بہت بڑھ جاتی ہے۔ رحم کی مقدم اور موخر دیواریں طبعی حالت میں ایک دوسری سے ملی ہوتی ہیں، اور رحمی کہفہ فضا کی شکل میں مشکل ہی سے موجود ہوتا ہے۔

رحمی کہفہ کا ربط نیچے کی طرف ایک روزن کے ذریعہ سے جو عنق میں واقع ہوتا ہے اور فم خارجی (os externum) کے نام سے موسوم ہے، مہبل کے ساتھ ہوتا ہے۔ اوپر کی طرف سے یہ فلوپی نلیوں کے درونہ سے مسلسل ہوتا ہے۔ ان مجاری کے ذریعہ سے رحم کو باریطونی ناجیہ (peritoneal sac) سے ربط حاصل ہوتا ہے۔ تناسلی خطہ یعنی فلوپی نلیوں، رحم اور مہبل سے ایک ایسی مسلسل قنال طیار ہوتی ہے جو سطح جسم اور حوضی باریطونی کہفہ کے درمیان راہ و ربط پیدا کرنے کے لئے مستقیم مجری کا کام دیتی ہے۔ اور یہ وہ تشریحی ترتیب ہے جس سے عورتوں میں سرائیت کے حوضی باریطون تک اکثر باہر سے پہنچنے کی توجیہ ہوتی ہے۔

عنق سہولیت بیان کی غرض سے دو حصوں میں تقسیم کی گئی ہے۔ اس کا نیچے کا حصہ مہبل میں نکلا ہوا ہوتا ہے، اور حصہ مہبلی (portio vaginalis) (مہبلی عنق vaginal cervix:) کے نام سے موسوم ہے۔ اس کا اوپر کا حصہ عنقی مہبلی اتصال کے اوپر واقع ہوتا ہے اور فوق مہبلی عنق (supra-vaginal cervix) کہلاتا ہے۔ عنق کی شکل تقریباً اسطوانہ نما ہوتی ہے، اور اس کے مرکز سے عنقی قنال (cervical canal) گذرتی ہے۔ یہ قنال ایک چپٹی دیواروں والی تنگ گذرگاہ ہے جو اوپر کی طرف فم داخلی (os internum) کے ذریعہ سے کہفہ جسم سے ربط و راہ رکھتی ہے، اور نیچے کی طرف فم خارجی (os externum) کے راستہ سے مہبل میں کھلتی ہے۔ عدیم الولادت عورتوں میں مہبلی حصہ جو عام طور پر پورشیو (portio) کہلاتا ہے

ایک الٹے مخروط کی مانند ہوتا ہے جس کے راس پر مدور یا متعرض روزن کی شکل کا فم خارجی ہوتا ہے۔

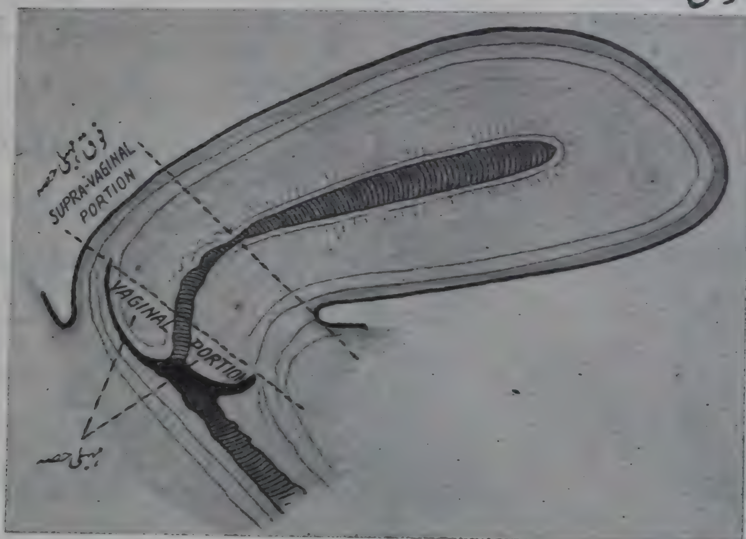


شکل ۱۱۔ رحم کی سہمی تراشش ۔

بچہ کی پیدائش کے بعد فم خارجی لمبا اور ایک کم وبیش فراخ اور متعرض جھری کی مانند ہوجاتا ہے، اور پورشیو (portio) کی جسامت اور شکل وشباہت دریدگی اور بعض منتجہ تغیرات کی وجہ سے اکثر بہت کچھ تبدیل ہوجاتی ہے۔ اس حالت میں فم خارجی پر یا تو گہری جانبی درزیں موجود ہوتی ہیں (دیکھو شکل ۳۵۹ اور ۳۶۰ صفحہ 581، 582)، اور یا یہ کثیر التعداد انشقاقات کی وجہ سے مختلف جسامت اور شکل کے کئی ایک قطعات میں کٹا ہوا ہوتا ہے۔ مہبلی غشائے مخاطی پورشیو (portio) کی سطح پر منعکس ہوجاتا ہے، اور عنقی بافت سے یہ مضبوطی سے چپکا ہوتا ہے۔ اس لئے عنق کے اس حصہ پر بھی وہی مخاطی غلاف موجود ہوتا ہے جو مہبلی دیواروں پر ہوتا ہے، یعنی فلسمانی (squamous)۔ فم خارجی پر یہ دفعتہً تبدیل ہوکر مکعبی (cubical) سرحلمہ بن جاتا ہے جو عنقی قنال کو استر کرتا ہے۔ سامنے کی طرف سے عنق خلوی بافت کی ایک ڈھیلی تہ کے ذریعہ سے مثانہ سے پیوستہ ہوتی ہے۔ اطراف پر یہ حوضی خلوی بافت کے جانبی توودوں سے متماس ہوتی ہے۔

عدیم الولادت عورت میں تمام رحم کا طول قعر سے لیکر فم خارجی تک ۳ انچ، اور کہفہ کا ۲½ انچ ہوتا ہے۔ مگر کثیر الولادت عورت میں ان کی لمبائی اس سے ½ انچ یا کچھ اور زیادہ ہوتی ہے۔ عنق کی لمبائی تقریباً ۱ انچ ہوتی ہے۔ رحم کی دیوار جو قعر پر سب سے زیادہ موٹی

اور عنق اور جسم کے مقام اتصال پر سب سے زیادہ باریک ہوتی ہے، موٹائی میں $\frac{1}{2}$ تا $\frac{3}{4}$ انچ ہوتی ہے۔ عدیم الولادت عورت کے رحم کا وزن $1\frac{1}{2}$ تا ۲ اونس ہوتا ہے۔ اور کثیر الولادت عورت کے رحم کا ۲ تا $2\frac{1}{2}$ اونس۔



شکل ۱۲۔ عنق کے حصے (ارتسامی توضیح)۔

جب تمام رحم کو اکلیلی تراش میں کاٹ کر کھول دیا جاتا ہے تو اس کا کہفہ قیف نما دکھائی دیتا ہے (شکل ۱۳)۔ کہفہ جسم کی شکل مثلثی ہوتی ہے، اس کا راس نیچے کی طرف کو ہوتا ہے، اور اس کے بالائی زاویے ظوپی نلیوں کی شکل میں باہر کی طرف نکل جاتے ہیں، اور اس کا زیرین زاویہ عنقی قنال میں چلا جاتا ہے۔ صاحب ولادت عورت میں عدیم الولادت عورت کی نسبت یہ زیادہ وسیع اور زیادہ کشادہ ہوتا ہے۔ موخر الذکر میں کہفہ عنق اکلیلی تراش پر تکلے نما ہوتا ہے۔ صاحب اولاد عورت میں بچہ کی ولادت کی وجہ سے فم خارجی (os externum) مستقل طور پر عریض ہو جاتا ہے اور فم داخلی (os internum) کے مقابلہ میں بہت بڑا ہوتا ہے۔ جس مقام پر جسم رحم کا کہفہ عنق کے اندر آ جاتا ہے وہاں اس کا درونہ تنگ ہو جاتا ہے جس سے فم داخلی (os internum) بنتا ہے۔

رحم کا عملی حالہ امتحان کرنے پر یہ ظاہر ہوتا ہے کہ جسم رحم عنق پر سامنے کی جانب کسی قدر جھکا ہوا ہے، جس سے رحم کے محور میں ایک انحنا پیدا ہو گیا ہے جو سامنے کی طرف کشادہ ہے۔ یہ انحنا ۱۶۰ درجہ کے زاویہ منفرجہ کے برابر ہوتا ہے۔ عدیم الولادت عورتوں میں زاویہ مذکورہ اکثر بہت زیادہ
20 حاد ہوتا ہے، اور بعض اوقات ۹۰ درجہ سے بھی کم ہو جاتا ہے، لیکن یہ تغیر تقریباً تمام صورتوں میں کسی دیگر غیر طبعی حالت مثلاً قصر جسامت (دیکھو صفحہ 146) کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ جنین میں رحم کا محور ایک خط مستقیم ہوتا ہے۔ حوضی کہفہ میں رحم کا محل قاعدۃً وسطانی ہوتا ہے۔ بعض اوقات اس میں جانبی میلان بھی نمودار ہو جاتا ہے جس سے جسم رحم کا رخ ایک طرف کو اور عنق کا دوسری طرف کو ہو جاتا ہے۔ سیدھا کھڑے ہونے کی حالت میں جبکہ مثانہ خالی ہو جسم رحم بہت بڑی حد تک پیش گردیدہ (anteverted) ہوتا ہے، اور حوض میں تقریباً افقی رخ میں پڑا ہوتا ہے، اور قعر عانتین (pubes) کے بالائی کنارہ کے لیول کے ذرا نیچے، اور فم خارجی ورکی شوکوں (ischial spines) کے لیول پر ہوتا ہے۔ مثانہ کا تمدد رحم کو اوپر کو اور پیچھے کی طرف کو دھکیل دیتا ہے۔ اور شکمی دیوار سے زیادہ دور ہٹا دیتا ہے۔ اور معائے مستقیم کا تمدد اسے اوپر کو اور سامنے کی طرف دھکیل دیتا ہے۔ نیز وضع کے اختلافات اور عضلی مساعی بھی اسکے محل وقوع پر اثر انداز ہوتے ہیں۔ معدم حس کے زیر اثر دو دستی امتحان کرنے کے دوران میں رحم کو حوض میں ہر سمت میں ہلایا جا سکتا ہے، اور کثیر الولادت عورتوں میں عنق کو نیچے کی جانب تقریباً فرج تک کھینچا جا سکتا ہے۔

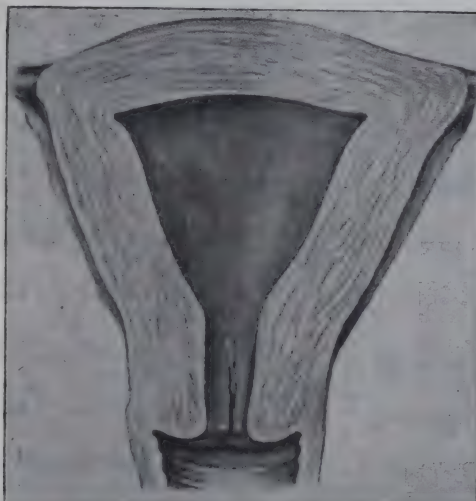


شکل ۱۳۔ عدیم الولادت عورت کا طبعی رحم۔ اکلیلی تراش سے رحم کی تنصیف کر دی گئی ہے۔ کہفۂ جسم مثلثی ہے، اور کہفۂ عنق تکلے نما ہے۔

ساخت۔ جو بافت کہفۂ رحم کو استر کرتی ہے جسمی درول رحمہ (corporeal endometrium) کے نام سے

گہرائی میں پائے جاتے ہیں، اور اکثر سطحی عضلی طبقات تک بھی پہنچ جاتے ہیں۔ ان سے حسبی دروں رحمہ کے غدد بنتے ہیں۔ ان کے خلیے متوسط قد کے ہوتے ہیں۔ اور ان کے نواتات (nuclei) کے محل وقوع میں کوئی یکسانیت نہیں ہوتی۔ بعض اوقات یہ ان کے مرکز میں ہوتے ہیں اور بعض اوقات قاعدی ایک تہائی حصہ میں۔ اور اس امر کا انحصار ایام حیض کی اس تاریخ پر ہوتا ہے جس کو یہ تراش حاصل کی گئی ہو۔ لہذا یہ خلیات عنقی غدد کے خلیات سے مختلف ہوتے ہیں جن میں خلیے بلند قامت ہوتے ہیں اور نواتات صرف قاعدہ پر واقع ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۱۱)۔

یہ غدد سادہ انبیبی ساختیں ہیں۔ اپنے ممر کے عمیق تر حصہ میں کسی قدر لہر دار یا پیچیدہ یا مرغولی ہوتے ہیں۔ یہ کسی قدر ترچھے رخ میں گذرتے ہیں اور جب یہ سطح پر کھلتے ہیں تو تنگ ہو جاتے ہیں۔ ان کے گہرے حصے چوڑے اور بعض اوقات شاخدار بھی ہوتے ہیں۔ غدد کی دیوار کے کسی حصہ کا درونہ میں انغماد کر آنا شاخیں نکلنے سے کثیر الوقوع ہے، اسی لئے تراش میں ایک چھوٹا سا حلقہ بڑے حلقہ کے اندر دکھائی دیتا ہے۔ (دیکھو شکل ۱۵)۔ خلیوں کے اہداب کا تعاقب انبیب کے بالائی حصہ تک کیا جا سکتا ہے، لیکن یہ جلد ہی غائب ہو جاتے ہیں، اور گہرے حصوں میں بالکل دکھائی نہیں دیتے۔ عرصہ دراز سے اس امر کی تعلیم دیجاتی ہے کہ حسبی دروں رحمہ کے غدد کا سر حلمہ غشائے قاعدی سے مبرا ہوتا ہے، لیکن یہ صحیح نہیں۔ تلوین تراش کے مناسب طریقوں سے ایک غشائے قاعدی ثابت کی جا سکتی ہے۔ جیسا کہ صحفہ ۵ (صفحہ 102) سے ظاہر ہے۔



شکل ۱۴۔ صاحب اولاد عورت کا طبعی رحم۔ رحم اپنی چسپیدگیوں سے علیحدہ کر لیا گیا ہے اور اکلیلی تراش سے اس کی تنصیف کر دی گئی ہے۔

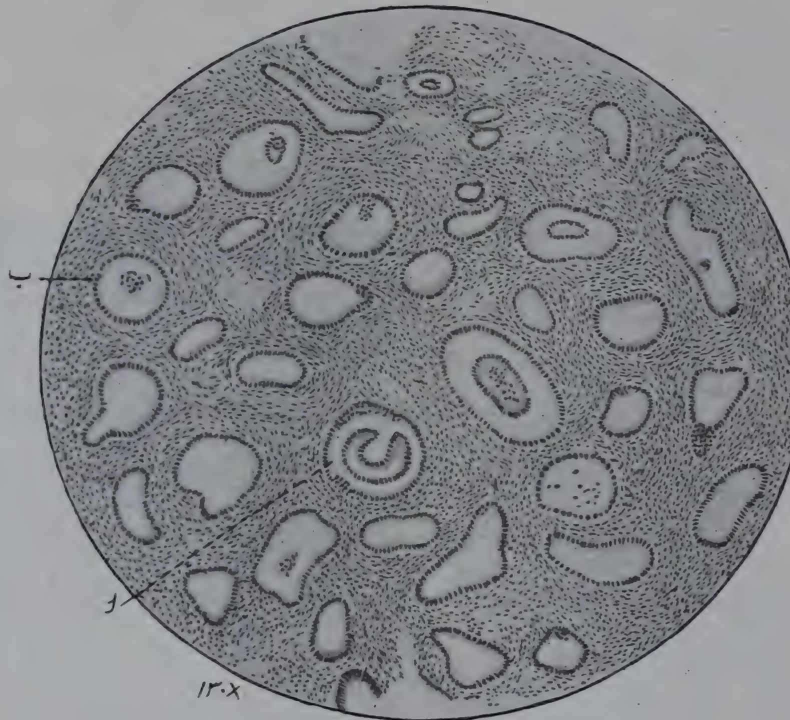
موسوم ہے۔ بہت سے ضروری امور میں یہ دوسرے احشاء کی استری غشا سے مختلف ہوتا ہے' اور اسکو غشائے مخاطی کی اصطلاح سے تعبیر کرنا درست نہیں۔ درون رحمہ (endometrium) کے بیان سے پہلے یہ بتا دینا ضروری ہے کہ اس کی ساخت اس کے فعلیاتی دور کے درجہ کے مطابق ایک بڑی حد تک بدلتی رہتی ہے۔ یہاں صرف تشریح کی ضروری تفاصیل کا ذکر کیا جائے گا۔ دورحیض کی مختلف ہیئتوں میں جو تغیرات پائے جاتے ہیں ان کے لئے مطالعہ کنندہ کو ایک آئندہ باب (دیکھو صفحہ 100 اور اس کے بعد کے صفحات) دیکھنا چاہیئے۔ جسم میں یہ (جسمی درون رحمہ corporeal endometrium:) ہموار مجلی اور خفیف زردی مائل گلابی رنگت کا ہوتا ہے۔ عدسہ کی مدد سے اس پر غدد کے فتحات دیکھے جا سکتے ہیں۔ عنق میں اس (عنقی درون رحمہ cervical endometrium:) میں عرضی شکن پائے جاتے ہیں جن کے درمیان تجاویف (sulci) حائل ہوتے ہیں۔ اگلی اور پچھلی دیواروں کے ساتھ ساتھ ایک ایک وسطانی حید (median ridge) بھی ہوتا ہے (شکل ۱۳)' اور ان حیود پر عرضی شکن ختم ہوتے ہیں۔ یہ تمام ترتیب کسی درخت کے تفرع سے سرسری طور پر مشابہت رکھتی ہے۔ قدیم ماہرین تشریح نے اسے نخل حیات (arbor vitæ) کے نام سے موسوم کیا تھا۔ تندرست بالغ عورت میں درون رحمہ (endometrium) کی اوسط دبازت ۲ ملی میٹر ہوتی ہے۔ سن یاس کے بعد یہ مذبول ہوجاتا ہے۔

جسم رحم کا درون رحمہ عضلی دیوار سے بلا واسطہ ملا ہوتا ہے' اور اس کے غدد عضلی ریشوں کے درمیان گھس جاتے ہیں' اس لئے اگرچہ درون رحمہ کھرچ کر جزوی طور پر علیحدہ کیا جا سکتا ہے' لیکن اسے اتارا نہیں جا سکتا۔ وہ ساختیں جن سے درون رحمہ بنتا ہے یہ ہیں:۔ (۱) سرحلمہ (سطحی اور غدی)' (۲) ہیکل (stroma) یا رختی بافت' (۳) عروق خون ولمف۔
تا حال اس میں عصبی انتہائیں ثابت نہیں کی گئیں۔ 21

جسمی درون رحمہ کا سرحلمہ (epithelium) ستونی خلیوں کی ایک واحد تہ پر مشتمل ہوتا ہے' جو ایک غشائے قاعدی (basement membrane) پر واقع ہوتے ہیں۔ کہا جاتا ہے کہ یہ خلیے ہدبہ دار (ciliated) ہوتے ہیں' اور ان کے اہداب (cilia) پہلے پہل سن بلوغ پر ظاہر ہوتے ہیں' اور سن یاس پر غائب ہو جاتے ہیں۔ امراضیاتی صورتوں میں یہ بہت کم دیکھنے میں آتے ہیں۔ سطحی سرحلمہ چند مقامات پر منغمد ہوتا ہے' اور یہ انغمادات ہیکل (stroma) کی تمام

ہیکل (stroma) یا رختنی بافت (interstitial tissue) مضغئی قسم کی میان ناہضمی بافت (mesoblastic tissue) کے ایک جال سے بنی ہوتی ہے۔ خلیوں کی تین قسمیں شناخت کی جا سکتی ہیں۔ اساس اتصالی بافت کے بے قاعدہ یا ستارہ نما خلیوں پر مشتمل ہوتا ہے جن کے ریشک شاخوں میں منقسم ہو کر ہم پہلو خلیوں کے ریشکوں سے مل جاتے ہیں، اور اس طرح ایک نازک جال بن جاتا ہے۔ سہارا دینے والے اس جال کو مزید تقویت کالیجن ریشکوں (collagen fibrils) سے ملتی ہے جو میلوری (Mallory) کے پولی کروم میتھیلین بلیو (polychrome methylene blue) سے ملون تراشوں میں بہترین طور پر دکھائی دیتے ہیں (دیکھو صفحہ ۵)۔ اس جال سے جو فضائیں بنتی ہیں ان میں مختلف شکلوں اور مختلف جسامت کے بہت سے نام نہاد "ہیکلی خلیے" (stroma cells) بھرے ہوتے ہیں۔ یہ خلیے نہایت ہی عظیم الاہمیت ہیں، کیونکہ فعلیاتی ہیجان کے زیر اثر ان کی جسامت بڑھنی شروع ہو جاتی ہے اور انجام کار یہ پختہ ریزینہ (mature decidua) کے ریزینی خلیوں کی شکل اختیار کر لیتے ہیں۔ استراحت پذیر ہیکلی خلیہ کی شکل بیلچی ہوتی ہے اور اس کے سرے چوڑے ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی یہ گول یا دوکی بھی ہوتی ہے۔ نواتات غیر فعال حالت میں نسبتہً بڑے ہوتے ہیں، اور ان سے خلیہ کا جسم 22
تقریباً پُر ہوتا ہے۔ ان میں ایک یا زیادہ نویے (nucleoli) ہوتے ہیں جو بخوبی واضح ہوتے ہیں۔ یہ خلیے کسی معینہ ترتیب سے واقع نہیں ہوتے، مگر غدی انبیبوں اور خون کے عروق کے گرد یہ اکثر اوقات مدوّرات (whorls) کی شکل میں مجتمع پائے جاتے ہیں۔ ان کی جسامت ان کے محل وقوع کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ زیادہ بڑے خلیے سطح کے نزدیک ہوتے ہیں جہاں جال زیادہ کھلا ہوتا ہے، اور زیادہ چھوٹے عضلہ کے قریب۔ طبعی دروں رحمہ میں تیسری قسم کا خلیہ لمفی خلیہ (lymphocyte) ہوتا ہے۔ لمف آسا بافت کی گرہیں، اور ہیکل کی لمفی خلیات سے دررریزش تندرست دروں رحمہ کے طبعی خواص ہیں۔ اور یہ خلیے جن کے ساتھ کثیر الاشکال نواتی خلیے (polymorphonuclear leucocytes) بھی ہوتے ہیں حیضی دور کی وظیفی فعالیت سے قبل اور اس کے دوران میں بہت نمایاں ہوتے ہیں۔ طبعی دروں رحمہ میں یک نواتی (mononuclear) اور کثیر نواتی (polynuclear) خلیات کے بطور جزو تمام موجود ہونے کی وجہ سے صحیح التہابی عمل کی تشخیص مشکل ہو جاتی ہے۔ ان خلیات کے علاوہ کولیجن کے شبکوں (collagen meshes) میں اکثر ایک دانہ دار مادہ پایا جاتا ہے جو غالباً ترویب یافتہ مصل ہوتا ہے۔ چوڑے چوڑے عروق جو

درحلمہ کی صرف ایک تہ سے بنے ہوتے ہیں (دیکھو صفحہ ۵) دروں رحمہ کی تمام دبازت میں متفرع ہوتے ہیں۔ ان میں سے بعض کا ممر انتصابی ہوتا ہے اور ان میں سے شاخیں بھی نکلتی ہیں اور بعض کا افقی ہیکل کے

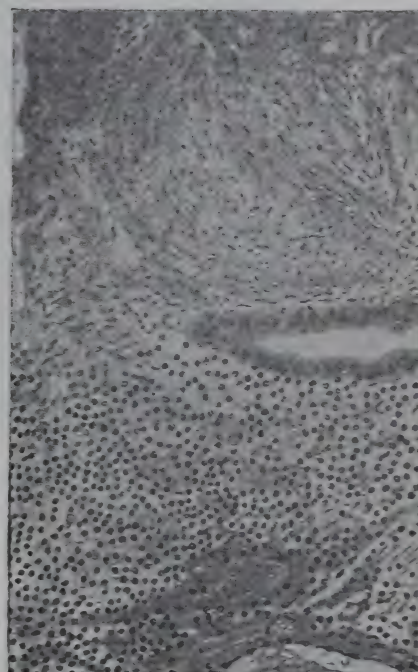


شکل ۱۵۔ جسمی دروں رحمہ (۱۳۰ x) جو دورنوں میں غدی دیواروں کے انغماد کو ظاہر کرتا ہے۔ (ا) انبیب کے مکمل انغماد کو ظاہر کرتا ہے۔ (ب) ایک انغماد یافتہ انبیب کو ظاہر کرتا ہے جو نوک کے قریب سے کٹ گیا ہے۔ تمام نواتات قاعدی دکھائی دیتے ہیں۔

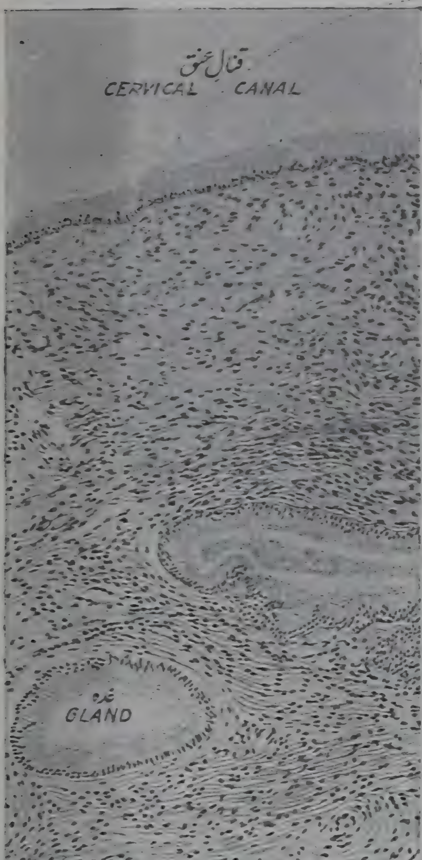
گہرے حصہ میں عروق کبھی کبھی پیچدار بھی ہوتے ہیں۔ طبعی ہیکل میں ایسے عروق نہیں ہوتے جن کی دیواریں لیفی عضلی ہوں۔ اور اس کی تشریحی ساخت ایسی ہوتی ہے کہ یہ متحرک خون اور دروں رحمہ کے ضروری خلوی عناصر یعنی ہیکل اور غدد کے درمیان لمف اور جسمی سیالات کے آزادانہ تبادلہ کی مساعدت کرتی ہے۔

28 عنقی دروں رحمہ (cervical endometrium)۔ جو غشائے مخاطی فم داخلی سے لیکر فم خارجی تک عنقی قنال کا استر بناتی ہے وہ ایک سطحی سرحلمہ، ہیکل اور غدد پر مشتمل

ہوتی ہے۔ سرحلمہ میں بلند "سیاجی" سرحلمی خلیوں (high "palisade" epithelial cells) کی ایک ہی تہ موجود ہوتی ہے (دیکھو شکل ۱۷)۔ فم داخلی پر یہ اس سرحلمہ سے مسلسل ہوجاتا ہے



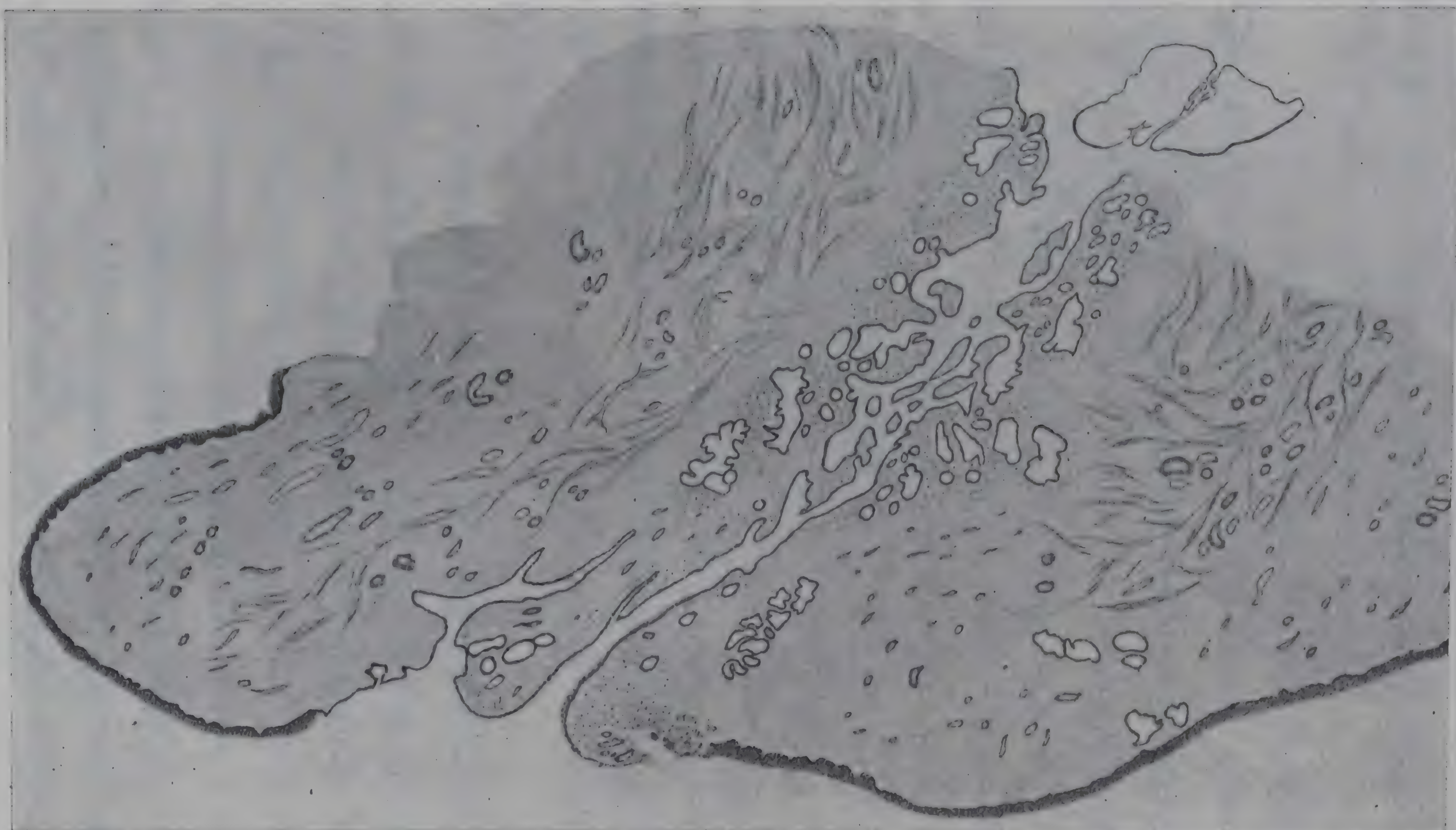
شکل ۱۶۔ جسمی دروں رحمہ کا ہیکل۔ تصویر کے حصہ زیرین میں ہیکل کا ملفّ آسا منظر بخوبی ظاہر کیا گیا ہے۔



شکل ۱۷۔ عنقی دروں رحمہ میں سے تراش۔ سطحی سرحلمہ بلند "سیاجی" خلیوں کی ایک ہی تہ سے مرکب ہے۔ ہیکل میں خلیے کم تعداد میں موجود ہیں اور جسم رحم کے دروں رحمہ کے ہیکل کی نسبت اس میں زیادہ لیفی بافت پائی جاتی ہے۔

جو جسم رحم کے کہفہ کو محصور کرتا ہے۔ یہ خلیے فرداً فرداً جسمی خلیوں سے کہیں بلند ہوتے ہیں۔ اور ان کے نوات مرکزی نہیں ہوتے بلکہ قاعدی ہوتے ہیں۔ حاصر سرحلمہ ان ارتفاعات کے جو

24



شکل ۱۰، عنق کے مہبلی حصہ میں سے سہمی تراش کو ظاہر کرتی ہے۔ مہبلی سطح کا فلسمانی سرحلمہ فم خارجی کے حاشیہ پر عنقی قنال کے ستونی سرحلمہ سے مسلسل ہے۔ طبعی عنقی درون رحمہ کے منظر کو غور سے دیکھنا چاہیے۔ اس میں پیچیدہ شکن پائے جاتے ہیں۔ (درنشاندہ تصویر اس تراش کے خاکہ کو ظاہر کرتی ہے جو خردبین سے مطالعہ کرنے کیلئے کاٹی گئی ہے)۔

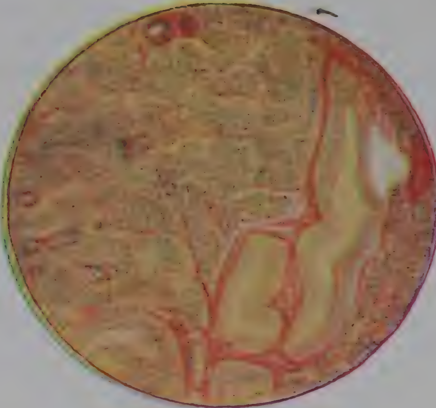
"نخلِ حیات" (arbor vitæ) سے موسوم ہیں اوپر سے ہو کر گذرتا ہے اور فم خارجی پر پورشیو (portio) یعنی عنق کے مہبلی حصہ کے فلسمانی سرحلمہ سے مل جاتا ہے۔ علاوہ ازیں یہ ان غدد کے سرحلمہ سے بھی تسلسل قائم کرتا ہے جو ہیکل میں بہت کثیر التعداد ہوتے ہیں۔

حمل اور حیض کے لئے کسی اختصاص کی ضرورت نہیں ہوتی۔ مبیضی تہیج کے زیر اثر عنقی غدد نہ تو پھیلتے ہیں اور نہ ان کی جسامت میں تخفیف ہوتی ہے، اس لئے ان کے اردگرد بافت کے نرم اور تمدد
پذیر پھیلاو کی ضرورت نہیں۔ لہذا یہ ہیکل ایسی ساخت سے مرکب ہوتا ہے جو عنق الرحم کی عمومی لیفی عضلی 25
دیوار کی بافت سے قریبی مشابہت رکھتی ہے، اور اسی کے ساتھ غیر محسوس طور پر جا ملتی ہے (دیکھو شکل ۱۸)۔

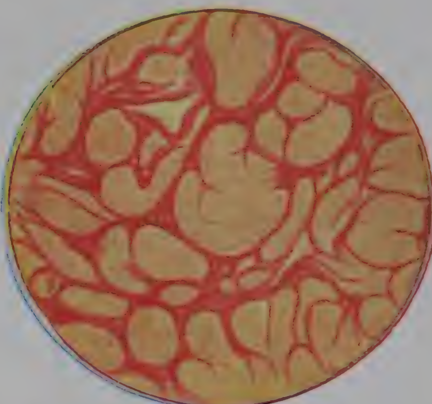
عنقی غدد جسمی غدد سے تعداد میں کہیں زیادہ ہوتے ہیں۔ ان میں سے بعض سادہ ہوتے ہیں، لیکن اکثر مرکب عنقودی ساخت کے ہوتے ہیں، اور لیفی عضلی بافت کی گہرائی میں دور تک چلے جاتے ہیں اور عنقی قنال کی سطح سے ربط رکھتے ہیں جس میں ان کا افراز خارج ہوتا ہے۔ ان کے انتہائی حصص کا اتساع اکثر اوقات دیکھنے میں آیا ہے جو غدی قناتوں کے بند ہونے سے واقع ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ متسع حصے جسامت میں بڑھ جاتے ہیں اور ان سے چھوٹے چھوٹے احتباسی دوپرے (retention cysts) بن جاتے ہیں جو عنق الرحم کی سطح پر نظر آتے ہیں، اور ہاتھ سے محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ انکو نیبوتھ کے بیضک (Naboth's ovules) کہا جاتا ہے (دیکھو شکل ۱۹)۔ بعض اوقات ان جرابوں میں سے کوئی ایک پورشیو (portio) کی سطح پر بھی کھلتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ عنقی غدد سے افراز بافراط پیدا ہوتا ہے، جس میں مخاط بکثرت پایا جاتا ہے۔ اس کا تعامل قلوی ہوتا ہے اور یہ صاف، بے رنگ، لزج (viscid) اور چکٹ ہوتا ہے۔

عنقی غشائے مخاطی کے سیاجی سرحلمہ اور پورشیو (portio) کے فلسمانی سرحلمی غلاف کا برزخ فم خارجی پر واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۸)۔ جنین میں اسکے مستثنیات بھی ملتے ہیں، کیونکہ بعض اوقات اسطوانہ نما سرحلمہ پورشیو (portio) کی سطح پر بھی پھیلا ہوتا ہے۔ گاہے گاہے سرحلمہ کی یہ غیر تمثیلی تقسیم جوان عورتوں میں ایک امراضیاتی صورت میں برقرار رہتی ہے جو خلقی عنقی تآکل (congenital cervical erosion) کے نام سے موسوم ہے۔ بخلاف اسکے بعض حالتوں میں یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ بالغ عورتوں میں فلسمانی سرحلمہ قنال عنق کے اندر تک پھیلا ہوتا ہے۔

نظام عضلی۔ دیوار رحم کا بہت بڑا حصہ سادہ عضلہ اور لیفی بافت پر مشتمل ہوتا ہے جسم رحم میں عضلی ریشے ایمن واضح بنڈلوں کی شکل میں مرتب ہوتے ہیں جو بخوبی نمو یافتہ لیفی بافت کے



ا ۔ باکرہ کے رحم کا عضلی نظام سن بلوغ کے بعد۔



ب ۔ صاحب ولادت عورت کے رحم کا عضلی نظام انقطاع الطمث سے پہلے۔



ج ۔ سالخوردہ عورت کے رحم کا عضلی نظام انقطاع الطمث کے بعد۔

ان تراشوں کی تلوین وآن گیسن (Van Gieson) کے طریقہ سے کیگئی تھی۔ عضلات زرد نظر آرہے ہیں اور لیفی بافت سُرخ دکھائی دیتی ہے۔ ایلاسٹین کی تمیز نہیں کیجا سکتی۔ زندگی کے مختلف مدارج میں لچکدار بافت کی مقدار کا اندازہ کرنے کے لئے وہ صحفہ جات دیکھے جائیں جو رحم کے مزمن زیر التفاف (Chronic Subinvolution) میں ہیں، صفحہ 434-

مستویوں سے ایک دوسرے سے علیحدہ ہوتے ہیں۔ عضلہ اور لیفی بافت کا باہمی تناسب عمر کے مطابق اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ یعنی بلوغ سے قبل ان میں ۲ اور ۳ کی نسبت ہوتی ہے، اور اس کے بعد عضلہ کی مقدار بہت بڑھ جاتی ہے، اور ان میں ۳ اور ۲ کی نسبت ہو جاتی ہے (صحفہ ۱)۔ سن یاس کے بعد عضلہ میں بتدریج تخفیف ہونا شروع ہو جاتی ہے۔ حتیٰ کہ ان کا باہمی تناسب پھر ۲ اور ۳ تک پہنچ جاتا ہے (صحفہ ۱)۔ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ عضلہ کی تناسبی مقدار صنفی فعالیت کے زمانہ میں زیادہ ہوتی ہے۔ جبکہ وظیفۂ حیض کے لئے اور دوران حمل میں رحمی بیش پرورش کے لئے اساس قائم کرنے کے لئے اس کی ضرورت ہوتی ہے۔

عنق میں عضلی اور لیفی بافتیں ایک گنجان شبکہ کی صورت میں باہم دربافتہ ہوتی ہیں جس میں بنڈل یا مستوی فرداً فرداً شناخت نہیں کیے جا سکتے۔ جسم رحم میں یہ ترتیب زیادہ واضح ہوتی ہے۔ چنانچہ ٹینڈلر (Tandler) نے [جیسا کہ کوئین (Quain) نے حوالہ دیا ہے] (۱) تحت مصلی (subserous)، (۲) عرقی (vascular)، اور (۳) تحت مخاطی (submucous) تین عضلی تہوں کا ذکر کیا ہے۔ لیکن اس کا یہ بیان ہے کہ ان تہوں کے آپس میں ایک بہت بڑی حد تک دربافتہ ہونے کی وجہ سے ان کا ایک دوسرے سے علیحدہ کرنا مشکل ہے، اور بعض مقامات پر ناممکن ہے۔ عرقی تہ سب سے زیادہ نمو یافتہ ہوتی ہے، اور اس کی ترتیب بیشتر مدور ہوتی ہے (شکل ۲۰)۔ دوسری دو تہیں نسبتہً پتلی ہوتی ہیں۔

رحم کے عضلی نظام کا مطالعہ حامل رحم میں حمل کی میعاد کے اختتام پر بہترین طور پر کیا جا سکتا ہے، جبکہ ریشوں کا طول ۱/۱۰۰ انچ سے ۱/۴۰ انچ تک پہنچ جاتا ہے۔ اور اس بیش پرورش پر بیش تکون (hyperplasia) یا ریشوں کی زیادتیٔ تعداد کا بھی اضافہ ہو جاتا ہے۔ اس حالت میں تحت مصلی ورقہ (subserous lamina) (شکل ۲۰) ایک باریک سطحی تختہ پر جو باریطون کے عین نیچے ہوتا ہے، اور غیر مکمل طبقات پر جو زیادہ گہرائی میں واقع ہوتے ہیں مشتمل ہوتا ہے۔ تختہ مذکور طولانی بندوں سے بنا ہوتا ہے، جو عنق سے اوپر کی جانب کو جاتے ہیں۔ اور جسم رحم کی سامنے کی جانب سے ہو کر قعر رحم کے اوپر سے محراب کی شکل میں گذر کر پشت رحم پر سے نیچے کی طرف کو آ جاتے ہیں، اور عنق کی پچھلی دیوار اور رحمی عجزی شکنوں (utero-sacral folds) میں غائب ہو جاتے ہیں۔ جانبین پر اس عضلی تختہ کے ریشے عریض رباطوں میں گذر جاتے ہیں جہاں یہ
6 مستدیر اور بیضی رباطوں اور قلوپی نلیوں کی اوپر کی سطح تک پہنچ جاتے ہیں بقول بونی (Bonney)



شکل ۱۹- عنق کے مہبلی حصہ کی تراش جو غدد کے اتساع اور نبوتھہ کے جرابوں کے بننے کو ظاہر کرتی ہے۔ (برہنہ آنکھ سے یہ تراش درنشاندہ خاکہ کی طرح نظر آتی ہے) -

اس طولانی عضلی تختہ کا تعاقب سامنے کی طرف سے نیچے کی جانب عنق کے اوپر تک کیا جا سکتا ہے، جہاں یہ

27



شکل ۲۰۔جسم رحم میں سے ستعرض تراش جو عضلی نظام کو ظاہر کرتی ہے ۔زیر مخاطی تہ دبیز ترین ہے، اور اس کے عمیق ترین ریشے عضلہ مخاطیہ (muscularis mucosæ) کے قائم مقام تصور کئے جا سکتے ہیں ۔ اس سے باہر کی طرف عرقی تہ عروق خون کے گرد دائری بنڈلوں کی شکل میں دکھائی دیتی ہے ۔پیچھے کی طرف یہ زیادہ موٹی ہے ۔زیر مصلی تہ (خارجی) باریک ترین ہے۔

وسطانی خط میں عانی عنقی عضلہ (pubo-cervicalis) کے ریشوں، اور جانبین پر مستعرض عنقی (transverse cervical) رباطات سے متحد ہو جاتا ہے (اعظم : cardinal) (دیکھو صفحہ 16,15)۔ عرقی ورقہ (vascular lamina) پیچھے کی طرف دبیز ترین ہوتا ہے (شکل ۲۰)۔ اور یہ بھی قعر کے اوپر سے محراب کی شکل میں گذرتا ہے، اور عروق خون کے گرد بے قاعدہ ترتیب یا دائروں کی شکل میں موجود ہوتا ہے، ان عروق کا محل دیگر جوفدار اعضا کی تحت مخاطی فضائی بافت (submucous areolar tissue) کا تناظر ہوتا ہے۔ تحت مخاطی ورقہ (submucous lamina) کثیر التعداد ہم مرکز حلقوں پر مشتمل ہوتا ہے جو فلوپی نلیوں کے فتحات کے ارد گرد موجود ہوتے ہیں۔ ان میں سے سب سے بڑے دائرے رحم کے وسط میں ایک دوسرے سے ملتے ہیں، 28
اور نیچے جا کر انہی سے فم داخلی اور فم خارجی کے عضلات عاصرہ طیار ہوتے ہیں۔

لچکدار بافت (elastic tissue)۔ طبعی عدیم الولادت رحم میں لچکدار بافت کی مقدار بہت کم ہوتی ہے، لیکن جو کچھ بھی موجود ہوتی ہے وہ مندرجہ ذیل طریق پر منقسم ہوتی ہے :۔ (۱) ایک باریک ورقہ لچکدار بافت کا اندرونی طبقہ (elastica interna: جو شریانوں کے اندرونی طبقہ میں پایا جاتا ہے۔ (۲) کچھ مقدار وریدوں کے وسطی طبقہ میں موجود ہوتی ہے۔ (۳) کچھ مقدار عضلی بنڈلوں کے درمیان باریک ریشوں کی شکل میں پائی جاتی ہے اور دیوار رحم کی باہر کی تہ میں یہ خاص کر موجود ہوتی ہے۔ ولفرڈ شا (Wilfred Shaw) کا یہ بیان ہے کہ عدیم الولادت رحم کے اندر لچکدار بافت کی مقدار میں عمر کی زیادتی کے ساتھ خفیف سا اضافہ ہو جاتا ہے جو بخوبی شناخت کیا جا سکتا ہے۔ وضع حمل کے بعد رحم کی لچکدار بافت کی مقدار عضلی بنڈلوں کے درمیان ایک کافی حد تک بڑھ جاتی ہے، اور جو بنڈل بڑے بڑے عروق خون کے خطوں میں پائے جاتے ہیں ان کے درمیان اس میں خاص طور پر اضافہ ہو جاتا ہے (صفحہ ۱۹)۔ ڈبلیو شا (W. Shaw) کے قول کے مطابق لچکدار بافت کی حقیقی مقدار موضوع کی تعداد ولادت کے ساتھ بلاواسطہ تناسب رکھتی ہے۔ اسکا خیال ہے کہ اس بافت کی فراہمی ایک خالصتہً فعلیاتی عمل ہے، اور کثیر الولادت رحم میں اس کی موجودگی عروق اور عضلۂ رحم، دونوں کی قدرتی صلابت (sclerosis) پر دلالت کرتی ہے جو حمل کا نتیجہ ہوتی ہے۔ ڈبلیو شا (W. Shaw) کی جدید تحقیقات سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ کثیر الولادت رحم کی لچکدار بافت کی اس زیادتی کو، جو اس مقدار کے علاوہ ہو جو عام طور پر طبعی تسلیم کی جاتی ہے، ناقص التفاف (subinvolution) کے لئے کوئی معیار

تصور نہیں کیا جاسکتا۔ یہی خیال پہلے گڈال (Goodall) نے بھی ظاہر کیا تھا اور فلیچر شا (Fletcher Shaw) نے اس کی تائید کی تھی (دیکھو صفحہ 434)۔

عروق خون جملہ یعنی عضلی مستویوں سے ہو کر گذرتے ہیں، لیکن عرقی ورقہ (vascular lamina) میں ان کا مطالعہ بہترین طور پر کیا جاسکتا ہے، جہاں بڑے بڑے شریانی اور وریدی مجاری موجود ہوتے ہیں۔ شریانوں کا ممر مرغولی اور پیچدار ہوتا ہے، اور یہ حالت ایسے عضو کیلئے جس کی جسامت میں ایک بڑی حد تک تبدیلیاں واقع ہوتی ہوں ایک لازمی شے ہے۔ ان کی جسامت کے مقابلہ میں ان کی دیواریں بہت موٹی ہوتی ہیں۔ جوان عورتوں کے رحم کے عروق میں اکثر اوقات بہت نمایاں تنزلی تغیرات پائے جاتے ہیں۔ یہ تغیرات التفاف (involution) کے طبعی عمل ہی کا ایک جزو ہیں، جو ایک خاص حد پر بند ہو کر مستقل طور پر باقی رہ جاتے ہیں سن یاس کے بعد ان میں زجاجی تنزل (hyaline degeneration) پیدا ہو جاتا ہے، جو شریانوں کے تمام طبقات پر اثر انداز ہوتا ہے (دیکھو صحفہ ا۔ ج)۔

عروق لمف اور اعصاب۔ رحم میں عروق لمف اور اعصاب کی رسد بہ کثرت ہوتی ہے۔ قبل الذکر کا تذکرہ دیگر حوضی عروق لمف کے ساتھ کیا جائیگا۔ رحم کے اعصاب مشارکی نظام سے آتے ہیں، جن کی وساطت سے اس عضو کو مرکزی عصبی نظام اور دیگر شکمی احشاء سے بھی ایک قریبی تعلق حاصل ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 71، 72)۔

باریطون۔ رحم کا باریطونی غلاف قعر کو مکمل طور پر پوشیدہ کرتا ہے، اور یہاں سے منعکس ہو کر مستدیر رباط اور قلوپی نلیوں پر پہنچ جاتا ہے۔ جسم رحم کی اگلی اور پچھلی سطحیں باریطون سے مکمل طور پر ڈھکی ہوتی ہیں، لیکن جانبین پر اس کا ایک کافی حصہ اس غلاف سے مبرا ہوتا ہے۔ یہ برہنہ رقبہ شکل میں کسی قدر مثلثی ہوتا ہے، اور اس کا زاویہ راس اوپر کی طرف اور قاعدہ نیچے کی طرف فم داخلی کے لیول پر ہوتا ہے (دیکھو شکل ٦)۔ عنق کی اگلی جانب اور اطراف پر کوئی باریطونی غلاف نہیں ہوتا، لیکن فوق مہبلی حصہ کی پچھلی طرف اس باریطون سے ڈھکی ہوتی ہے جو رحم کی پچھلی طرف سے نیچے کو ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) کے فرش تک چلا آتا ہے (شکل ۷)۔ باریطون عام طور پر ماتحت عضلہ سے محکم طور پر چسپیدہ ہوتا ہے، لیکن اگلی دیوار کے نیچے کے حصہ پر، فم داخلی سے $\frac{1}{2}$ انچ اوپر تک، باریطون کے نیچے خلوی بافت موجود ہوتی ہے، جو نیچے سے اوپر کو جاتی ہے۔ اور اس کی وجہ سے باریطون رحم کی دیوار سے اتارا جاسکتا ہے۔ یہ رقبہ اس مقام کو ظاہر

کرتا ہے جہاں میعادِ حمل کے اختتام کے نزدیک زیریں رحمی قطعہ (lower uterine segment) پیدا ہوتا ہے۔ 29

رحم کی چپیدگیاں (uterine attachments)۔ رحم کی چپیدگیوں کا شمار مندرجہ ذیل ترتیب سے کیا جاسکتا ہے:—

(۱) عریض رباطات (broad ligaments)۔

(۲) رحمی عجزی رباطات (utero-sacral ligaments)۔

(۳) عنق کے مستعرض رباطات۔

(۴) عنقی مہبلی مقام اتصال (cervico-vaginal insertion)۔

(۵) مستدیر رباطات (round ligaments)۔

عریض، رحمی عجزی، اور مستعرض عنقی رباطات کا ذکر پہلے کیا جاچکا ہے (دیکھو صفحہ 8 تا 13)۔

عنقی مہبلی مقام اتصال (cervico-vaginal insertion)۔ رحم مہبل کے ساتھ دیگر ساختوں کی نسبت زیادہ مضبوطی سے پیوستہ ہوتا ہے۔ مہبل کا اوپر کا سرا معکوس ہوتا ہے اور اس کی شکل ایک پیالہ نما نشیب کی سی ہوتی ہے جس میں عنق کا مہبلی حصہ واقع ہوتا ہے۔ عنق اور مہبل کی لیفی عضلی بافتیں ایک دوسرے سے بہت اچھی طرح سے متحد ہوتی ہیں، اور موخرالذکر کا مطبق سرحلمہ (stratified epithelium) عنق کی سطح پر سے گذر کر فمِ خارجی تک چلا جاتا ہے۔ کاٹے بغیر مہبل کا عنق سے علیحدہ کرنا ناممکن ہے، کیونکہ ان کے درمیان خلوی بافت کا کوئی مستوی حائل نہیں ہوتا، اور ان دونوں اعضا کا تسلسل مکمل ہوتا ہے۔ مہبلی قنال کو زیادہ تر سہارا مہبل اور عنق کی باہمی پیوستگی سے ملتا ہے، لیکن نیچے کی طرف اس کے زیریں ایک تہائی حصہ میں اس کو عضلاتِ رافع المبرز (levators ani) کے ریشوں سے مزید سہارا پہنچتا ہے۔ اور اس کا بالائی دو تہائی حصہ مستعرض عنقی رباطوں (transverse cervical ligaments) سے اپنی جگہ پر قائم رہتا ہے۔ عنقِ رحم کے مہبل سے متحد ہونے، اور ان ساختوں کے آپس میں یکجان ہوجانے کی وجہ سے یہ بخوبی روشن ہوجائے گا کہ مہبل کے سہاروں کے کمزور ہوجانے سے رحم کی وضع پر جلد ہی اثر پڑے گا (دیکھو رحم کی غیر وضعیتیں صفحہ 589, 590)۔

مستدیر رباطات (round ligaments)۔ یہ دو پتلی پتلی جبل نما ساختیں ہیں

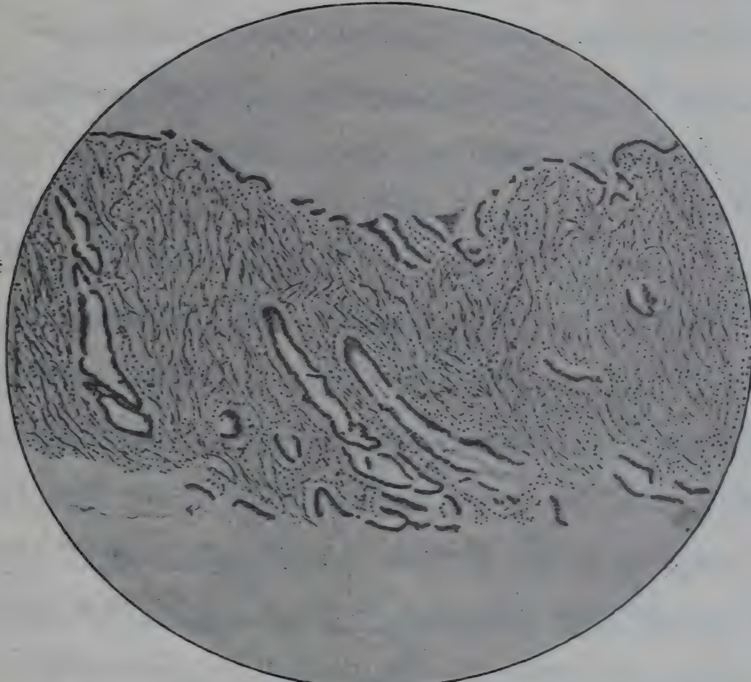
جو قرن الرحم کی اگلی طرف سے نکل کر ہر ایک عریض رباط کی مقدم باریطونی تہ کے نیچے سے نیچے کی اور باہر کی طرف کو جاتی ہیں، اور پھر سامنے کی اور کسی قدر اوپر کی طرف کو خم کھاکر داخلی شکمی حلقہ (internal abdominal ring) کو عبور کر جاتی ہیں۔ اُربی قنال (inguinal canal) میں پہنچ کر یہ منشق ہو جاتی ہیں اور شفرتین کبیر (labia majora) کی تحت جلدی بافت سے چسپیدہ ہو جاتی ہیں۔ مستدیر رباط کا باریطون ڈھیلا ڈھالا ہوتا ہے جس کی وجہ سے یہ اپنی جائے قیام سے بلا تکلف اٹھایا جا سکتا ہے۔ اس امر سے مختلف جراحی عملیات میں استفادہ کیا جاتا ہے۔

مستدیر رباطات تقریباً بتمامہ سادہ عضلات سے مرکب ہوتے ہیں، جیسا کہ زندہ موضوعات میں دیکھنے میں آتا ہے۔ یہ مختلف موٹائی کی ڈھیلی ڈھالی ساختیں ہیں۔ بعض حالتوں میں یہ تقریباً اتنے پتلے ہوتے ہیں جتنی پتلی کہ جراحی کی سلائی (surgical probe)۔ دیگر حالتوں میں یہ اتنے موٹے ہوتے ہیں جتنی موٹی کہ سیسہ کی پنسل۔ ان رباطات کا ممر منحنی ہوتا ہے۔ اور یہ کہفہ شکم سے اس مقام پر نکلتے ہیں جو امکاناً اس مستوی پر واقع ہوتا ہے جو طبعی پیش گردیدہ رحم کے قعر کے مستوی سے متاخر ہوتا ہے، اور اسی پر یہ اکثر اوقات واقع ہوتا بھی ہے۔ ان تشریحی امور سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ یہ رباطات رحم کے طبعی سہاروں کی حیثیت سے محض ایک معاون فعل سر انجام دیتے ہیں۔ بلحاظ نمو یہ مرد کے حاملہ خصیہ (gubernaculum testis) کے متناظر ہیں (دیکھو صفحہ 86)۔ دوران حمل میں ان میں ایک غیر معمولی بیش پرورش واقع ہو جاتی ہے جس سے یہ نتیجہ نکالا جا سکتا ہے کہ یہ ہرگز عدیم الفعل ساختیں نہیں۔ سی مارٹن (C. Martin) نے یہ خیال ظاہر کیا ہے کہ مستدیر رباطات کا اصلی فعل یہ ہے کہ یہ وضع حمل کے دوران میں طولانی عضلی ریشوں کے انقباضات کے وقت رحم کو قائم رکھتے ہیں اور اس کے لئے پالہنگ (tether) کا کام دیتے ہیں۔ اس طرح یہ ان انقباضات کو اخراج جنین کے لئے زیادہ موثر بنا دیتے ہیں۔

30 **زندگی کے مختلف حصوں میں رحم کی حالت۔** جنین میں ساتویں مہینہ میں رحم حوضی لگر کے اوپر واقع ہوتا ہے۔ یعنی بالغ کے مقابلہ میں یہ زیادہ اونچے لیول پر ہوتا ہے۔ عنق طول میں تقریباً جسم کے برابر ہوتی ہے۔ اور عنقی دروں رحمہ کی ترتیب جو "نخل حیات" (arbor vitæ) کے نام سے موسوم ہے اس زمانہ سے قبل ظاہر ہو چکتی ہے۔ رحم کا محور سیدھا اور تقریباً انتصابی ہوتا ہے۔ سن بلوغ میں رحم سرعت سے بڑھنا شروع ہو جاتا ہے، اور جسم عنق کے مقابلہ میں زیادہ تیزی سے بڑھتا ہے، حتیٰ کہ ان کا تناسب ۲ : ۱ تک پہنچ جاتا ہے جو بلوغ میں

پایا جاتا ہے۔ اسی دوران میں جسم اور عنق کا درمیانی زاویہ ظاہر ہوتا ہے، اور تمام کا تمام عضو پیش گردیدہ ہو کر اس قدر گر جاتا ہے کہ حوضی گگر کے لیول کے نیچے تک پہنچ جاتا ہے۔ دیوار رحم کے عضلہ کا تناسب بہت بڑھ جاتا ہے، لیکن عنق میں یہ تناسب اس حد تک دیکھنے میں نہیں آتا۔

بچہ پیدا ہونے کے بعد رحم کی کلانی قاعدۃً مستقل طور پر باقی رہتی ہے۔ اور عنق پر کم و بیش وسیع وریدگیوں کے نشانات پائے جاتے ہیں، اور فم خارجی کلانی یافتہ ہوتا ہے (دیکھو شکل



شکل ۲۱ ان تغیرات کو ظاہر کرتی ہے جو دروں رحمہ میں پیرانہ سالی میں واقع ہوتے ہیں × 65 - سطحی سرحلمہ میں تقشر واقع ہو رہا ہے، غدد ترچھے رخ میں سطح کی طرف جا رہے ہیں، اور ان کا سرحلمہ انخطاط یافتہ ہے۔ ہیکل بہت لیفیت یافتہ ہے، اور تمام کا تمام دروں رحمہ پتلا ہو گیا ہے۔

۳۵۹ و ۳۶۰۔ صفحہ 581, 582)۔ تراش میں یہ ظاہر ہوتا ہے کہ رحم کی دیوار موٹی ہو گئی ہے، اور اس تغیر میں غشائے مخاطی اور نظام عضلی ہر دو شریک ہیں۔ نیز کہفۂ رحم بھی عدیم الولادت رحم کے

کہفہ کے مقابلہ میں زیادہ بڑا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۴ - صفحہ 21)۔ نظام عضلی میں عام طور پر موٹی دیواروں والی شریانیں دکھائی دیتی ہیں۔ بعض میں یہ دبازت زیادہ تر داخلی طبقہ (intima) میں ہوتی ہے، اور اس حالت میں شریانیں منطمس بھی ہوجاتی ہیں۔ اور بعض میں یہ وسطی طبقہ (media) اور خارجی طبقہ (adventitia) میں واقع ہوتی ہے۔ یہ موٹائی عروق کی دیواروں کی لیفی عضلی بافت میں ہیالین (hyalin) کے فراہم ہونے سے پیدا ہوتی ہے۔ عروق کے اردگرد سہارا دینے والی لیفی بافت کی
جگہ لچکدار بافت کثرت سے پیدا ہوجاتی ہے، جو ویگرٹ کے لچکدار بافت کے لون (Weigert's 31
elastic-tissue stain) سے واضح کی جاسکتی ہے (دیکھو صفحہ ۱۹ مقابل صفحہ 434)۔

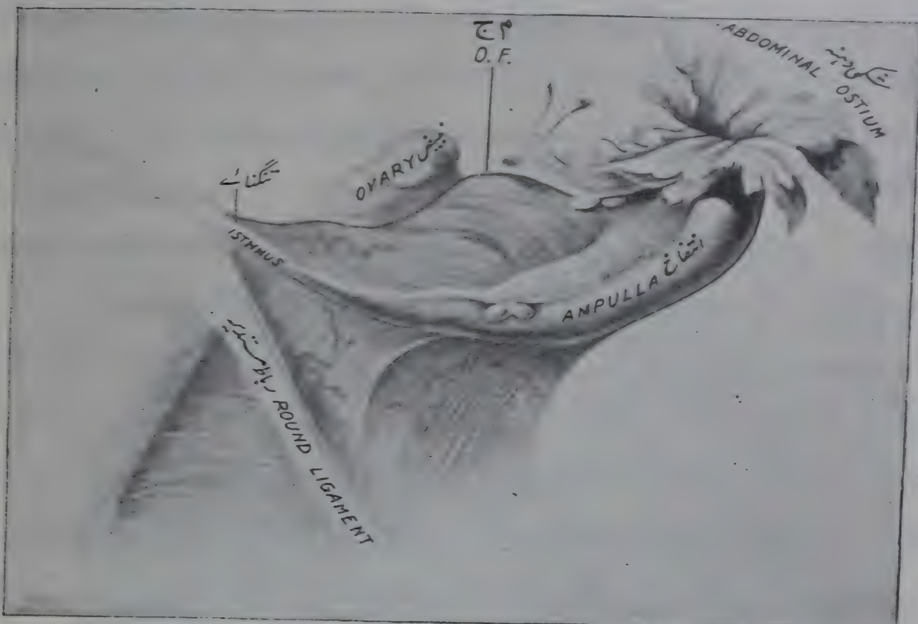
انقطاع الطمث (menopause) کے بعد رحم سکڑ جاتا ہے، اور اسکی جسامت اور اس کے وزن میں کمی آجاتی ہے۔ عنق نمایاں طور پر سکڑ جاتی ہے کیونکہ پورشیو (portio) بالعموم غائب ہوجاتا ہے، اور فم خارجی ایک چھوٹے سے روزن کی مانند باقی رہ جاتا ہے جو مہبلی دیوار کی سطح کے عین برابر ہوتا ہے۔ نیز دروں رحمہ بھی مذبول ہوجاتا ہے (دیکھو شکل ۲۱)، لیکن عمل ذبول کی رفتار بہت سست ہوتی ہے۔ اور ایسی عورت میں جس میں انقطاع الطمث متعدد سال پہلے ظاہر ہوچکا ہو بعض اوقات دروں رحمہ کافی موٹا ہوتا ہے، اور اس میں کثیر التعداد غدد اور بخوبی نمو یافتہ سر حلمہ پایا جاتا ہے۔ نظام عضلی کی کئی ایک شریانیں منطمس ہوجاتی ہیں، اور ان کے طبقوں میں کبھی کبھی کلسی تنزل (calcarious degeneration) کے قطعات ظاہر ہوجاتے ہیں۔ (صفحہ ۱ - ج مقابل صفحہ 25)۔ رحمی دیوار سے عضلہ کی بہت سی مقدار غائب ہوجاتی ہے، اور اس کی جگہ لیفی بافت پیدا ہوجاتی ہے۔

فلوپی نلیاں

(FALLOPIAN TUBES)

فلوپی نلیاں (Fallopian tubes) وسطانی جانب پر رحم کے ساتھ مسلسل ہوتی ہیں، اور ان کے بعیدی سرے حوضی باریطونی کہفہ میں آزاد واقع ہوتے ہیں۔ ہر ایک نلی متناظر زاویۂ رحم سے پیوستہ ہوتی ہے، اور ۴ تا ½۴ انچ لمبی ہوتی ہے۔ اول اول یہ افقی سمت میں رحم سے باہر کی طرف کو جاتی ہے، اور پھر یہ اپنے اندرونی اور وسطی دو تہائی حصوں کے مقام اتصال پر

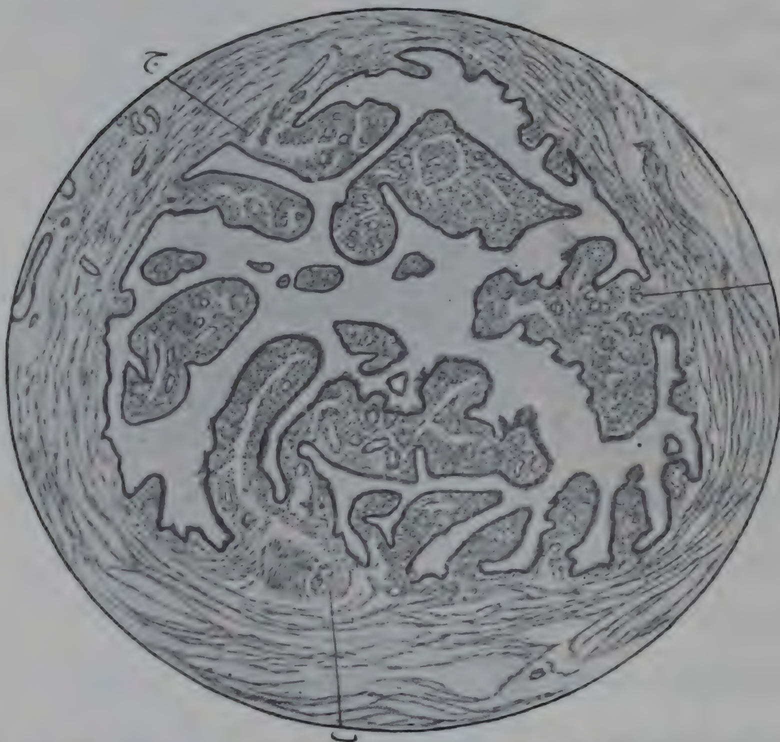
پیچھے کی طرف کو مڑ جاتی ہے، اور ایک خم بنا کر جس کا رخ اوپر کی، پچھلی، اور اندر کی طرف کو ہوتا ہے



شکل ۲۲۔ فلوپی نلی (رچرڈ)۔ یہ شکل ان ساختوں کے تعلقات کو بھی ظاہر کرتی ہے جو قرن الرحم سے پیچیدہ ہیں، یعنی مبیضی رباط، فلوپی نلی، اور مستدیر رباط۔
م ج ۔ مبیضی جھالر۔

مبیض کے بیرونی قطب کو گھیر لیتی ہے۔ شیرخوارگی کے زمانہ میں یہ نلی کسی قدر تلفیف یافتہ ہوتی ہے
لیکن سن بلوغ پر اس کے تلافیف غائب ہو جاتے ہیں۔ سہولت بیان کے لئے یہ نلی تین حصوں میں
تقسیم کی گئی ہے۔ رخنکی (interstitial) یا رحمی (uterine) حصہ جو دیوار رحم میں سے 32
گذرتا ہے، اور $\frac{1}{4}$ تا $\frac{3}{4}$ انچ لمبا ہوتا ہے۔ تنگنائے (isthmus) جو تنگ اسطوانہ نما ہوتی
ہے۔ یہ حصہ نلی کے اندرونی ایک تہائی حصہ کا متناظر ہوتا ہے (دیکھو شکل ۲۲)۔ آخری حصہ
انتفاخ (ampulla) ہے جو اس نلی کے منحنی حصہ کا متناظر ہوتا ہے۔ یہ حصہ بہت تنگ قیف کی
شکل کا ہوتا ہے، اور اپنے اختتام کی طرف آہستہ آہستہ کھلتا جاتا ہے۔ فلوپی نلی کے بالائی آزاد حصہ سے

شکمی دہنہ (abdominal ostium) طیار ہوتا ہے جس کے اردگرد اس نلی کی دیوار انگلیوں کی طرح متعدد جھالروں (fimbriæ) میں تقسیم ہو جاتی ہے (دیکھو شکل ۲۲)۔ ان میں سے ایک جھالر باقی سب سے لمبی ہوتی ہے، اور یہ بالعموم اس باریطونی شکن کے آزاد حاشیہ کے ساتھ ساتھ چلی جاتی ہے جسے ماساریقائے انبوبہ (mesosalpinx) کہتے ہیں اور مبیض کے انبوبی قطب تک پہنچ جاتی ہے (مبیضی جھالر: ovarian fimbria)۔ زخنی حصہ بہت تنگ ہوتا ہے، اور اس کا درونہ قطر ۱ ملی میٹر ہوتا ہے۔ تنگنائے (isthmus) کسی قدر چوڑی ہوتی ہے اور انتفاخ (ampulla) کا



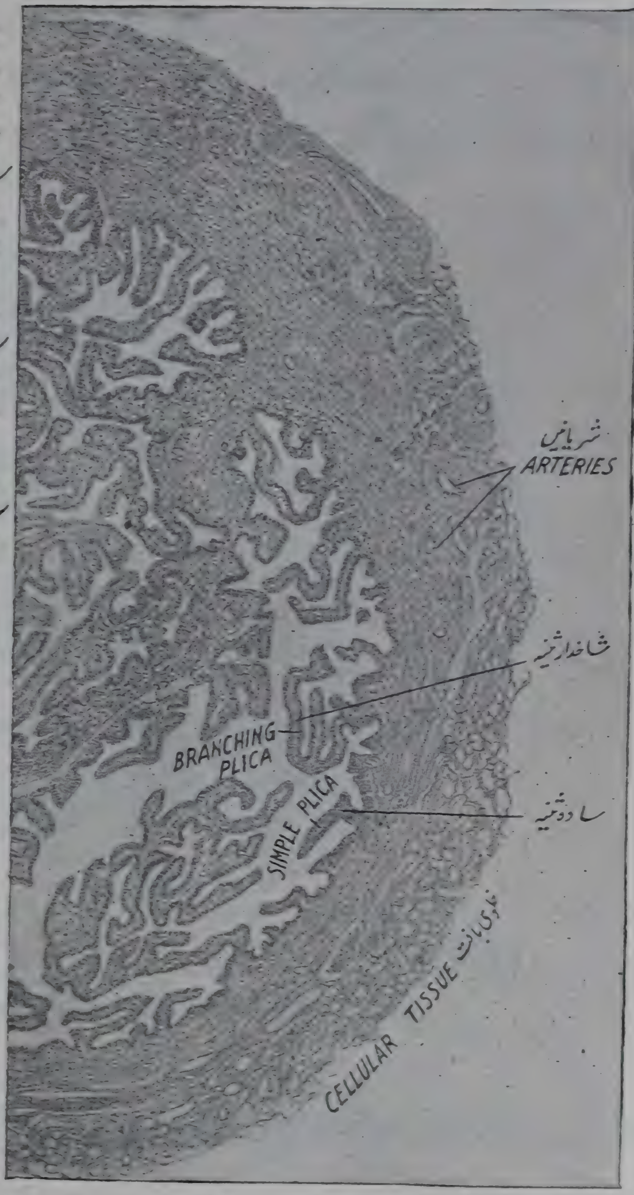
شکل ۲۳ - فلوپی نلی کی تنگنائے میں سے مستعرض تراش۔ ا - ب - ج - تین ابتدائی شکنوں کے محل وقوع کو ظاہر کرتے ہیں۔

قطر بڑھتے بڑھتے شکمی دہنہ تک (جو باریطونی کہفہ میں مستقیماً کھلتا ہے) پہنچنے سے قبل ۴ تا ۵ ملی میٹر تک پہنچ جاتا ہے۔

فلوپی نلی بلحاظ ساخت ایک بیرونی باریطونی طبقہ، ایک وسطی عضلی طبقہ، اور ایک استری

غشا پر مشتمل ہوتی ہے۔ یہ عریض رباط کی تہوں کے درمیان واقع ہوتی ہے جس کے بالائی کنارہ سے اس کا خارجی طبقہ طیار ہوتا ہے۔ اسی لئے اس نلی کا فرش جو اس کے محیط کے چھوٹے حصّہ کے برابر ہوتا ہے، باریطونی غلاف سے معرا ہوتا ہے، لیکن باریطونی تہوں کے درمیانی وقفہ میں واقع ہوتا ہے۔ باریطون سے معرا حصّہ تنگنائے (isthmus) کی نسبت انتفاخ (ampulla) پر بڑا ہوتا ہے۔ باریطون کے نیچے عروق دار اور ڈھیلی ڈھالی خلوی بافت کی ایک تہ موجود ہوتی ہے جو تحت مصلی تہ (subserosa) کہلاتی ہے۔ یہ بافت اس نلی کے فرش کے ساتھ ساتھ بکثرت پائی جاتی ہے۔

عضلی دیوار نلی کے بیرونی حصّہ میں اس کے اندرونی حصّہ کی نسبت زیادہ موٹی ہوتی ہے۔ اس کا عضلہ غیر مخطط اور تین تہوں میں مرتب ہوتا ہے۔ ایک باریک بیرونی طولی تہ، ایک موٹی وسطی مدور تہ، اور ایک غیر کمل اندرونی تہ۔ آخر الذکر بھی طولی ہوتی ہے، اور غشائے مخاطی کے ثنیوں (plicæ) میں چلی جاتی ہے۔ تحت مخاطی تہ (submucosa) نہیں ہوتی، اس لئے غشائے مخاطی براہِ راست عضلہ پر متمکن ہوتی ہے۔ استری سرحلمہ



33

شکل ۲۴ ۔ فلوپی نلی کے انتفاخ کی تنصیف کی گئی ہے۔

نلی کے ایک سرے پر دروں رحمہ (endometrium) سے مسلسل ہوتا ہے، اور دوسرے پر باربطون سے۔ اس کا لازمی جزو ستونی ہدبی سرحلمہ کی واحد تہ ہوتی ہے جیسے خلوی بافت کی ایک بہت باریک تہ سہارے ہوتی ہے۔ انبوبی مخاطیہ (tubal mucosa) میں غدد نہیں ہوتے۔ اس غشا کے عمومی صفات نلی کے مختلف حصوں میں مختلف ہوتے ہیں، مگر شروع سے اخیر تک اس پر سے تین طولی شکن گذرتے ہیں جو عین واضح ہوتے ہیں۔ ان میں سے پہلا جنینی زندگی کے چوتھے مہینے میں پیدا ہوتا ہے، اور دوسرا اور تیسرا شکن تقریباً ساتویں مہینہ میں پایا جاتا ہے۔ رحمی حصّہ میں یہ شکن سادہ اور اتھلے ہوتے ہیں۔ تنگنائے (isthmus) میں ان کی تعداد بہت زیادہ ہوتی ہے، اور یہ سادہ نہیں ہوتے بلکہ منقسم ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۲۳)۔ انتفاخ (ampulla) میں یہ باریک زائدوں کے ایک پیچیدہ متشجر تودہ کی شکل کے ہوتے ہیں، اور **ثنیات** (plicæ) کے نام سے موسوم ہیں (دیکھو شکل ۲۴)۔ ان ثنیات میں عین گتھی ہوئی اتصالی بافت کی (جس میں گول اور دوکی خلیے ہوتے ہیں) ایک مرکزی کیل (core) پائی جاتی ہے، اور چند لچکدار اور عضلی ریشے بھی موجود ہوتے ہیں۔ ان میں سے بعض ثنیات (plicæ) سادہ اور اکثر مرکب ہوتے ہیں۔ موخرالذکر میں سے بعض ایک حد تک موٹے بھی ہوتے ہیں۔ ان کے درمیانی وقفوں میں نلی کی دیوار سرحلمہ کی محض ایک پتلی سی تہ سے ڈھکی ہوتی ہے۔ اس لئے نلی کے اس حصّہ کے دروتہ 34
میں ثنیوں کے درمیان شاخدار گذرگاہوں یا رخنوں کا ایک پیچیدہ نظام پایا جاتا ہے جس کے تمام حصوں میں کثیر التعداد تہ انبائیں (culs-de-sac) ہوتی ہیں۔ شکمی سرے پر ثنیات چھوٹے ہوجاتے ہیں، اور جو بافت جھالروں کو پوشیدہ کئے ہوتی ہے اس میں شکن نسبتہً بہت کم تعداد میں دکھائی دیتے ہیں۔

نلی کا سرحلمہ ستونی ہدبہ دار خلیوں کی ایک تہ پر مشتمل ہوتا ہے۔ انتفاخی (ampullary) حصہ کے اہداب بہترین طور پر نمو یافتہ ہوتے ہیں، اور انکی حرکت کا رخ رحم کی طرف کو ہوتا ہے۔ بعض خلیے ہدبہ دار نہیں ہوتے، اور وہ شاید نلی کے افراز کی پیدائش سے تعلق رکھتے ہیں، جو قبل از حیض حالت میں بہت قلیل المقدار ہوتا ہے۔ طبعی حالت میں دورانِ حیض میں کوئی انبوبی نزف واقع نہیں ہوتا، لیکن ہمارے پاس اس امر کی شہادت موجود ہے کہ بعض امراضیاتی صورتوں میں ایسا ہوسکتا ہے۔

کبھی کبھی انتفاخی حصہ کی ظہری جانب پر ایک ثانوی یا معین شکمی دہنہ (accessory abdominal ostium) بھی موجود ہوتا ہے جس کے اردگرد جھالریں (fimbriæ) ہوتی ہیں (دیکھو شکل ۵۹ صفحہ 77)۔ اور بعض اوقات نلی کے اسی حصہ میں عطفات (diverticulæ)

بھی پائے جاتے ہیں جو اصلی درونہ کے چھوٹے چھوٹے معاونوں کی حیثیت رکھتے ہیں۔ ان کا استر ثنیہ دار غشا (plicated membrane) کا ہوتا ہے جو نلی کے عمومی سرحلہ کا متماثل ہوتا ہے۔

فلوپی نلی کے بیشتر حصّہ کو دموی رسد بیضی شریان کی انبوبی شاخوں سے پہنچتی ہے۔ اور تنگنائے (isthmus) کا سب سے اندرونی حصّہ اپنی دموی رسد رحمی شریان کی تقمّمی شاخ (anastomotic branch) سے حاصل کرتا ہے (دیکھو شکل ۴۵ صفحہ 65)۔ نلی کے عروق لمف قطنی غدد (lumbar glands) میں جاتے ہیں۔

جراحی تشریح۔ فلوپی نلی کے درونہ کے، اوپر کی طرف باریطونی کہفہ سے، اور نیچے کی طرف رحمی کہفہ سے مسلسل ہونے کی وجہ سے دونوں اطراف سے اس کے سرائت زدہ ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ صعودی سرائت سوزاک اور عفونت (sepsis) میں دیکھنے میں آتی ہے، اور علل مرض درون رحمہ سے بلا واسطہ تسلسل کی وجہ سے پھیلتا آتا ہے۔ نزولی سرائت تدرن (tubercle) کی حالت میں دیکھنے میں آتی ہے (دیکھو صفحہ 307) اور ممکن ہے کہ یہ مبیض یا کسی دیگر شکمی عضو کے خبیث مرض میں بھی دیکھنے میں آئے (دیکھو صفحہ 651)۔ مزید برآں سرائت امعاء اور زائدہ دودیہ (vermiform appendix) سے بھی بلا واسطہ واقع ہو سکتی ہے جبکہ نلی ان اعضا سے چپک جائے (دیکھو صفحہ 629, 628)۔ مذکورہ بالا بحث سے اس امر کی توضیح ہوتی ہے کہ ان نلیوں میں التہابی تغیرات غیر معمولی کثرت سے کیوں پائے جاتے ہیں۔ انبوبی مخاطیہ کی تشریحی بناوٹ سرائتی مادہ کے اختباس، اور التہابی عمل کی پیدائش کی تائید کرتی ہے، اور نلی کے رحمی حصّہ کے چھوٹا ہونے کی وجہ سے رحم سے کسی قسم کی آزادانہ سیلیت واقع نہیں ہو سکتی۔ انبوبی ثنیات (tubal plicæ) کے درمیان کثیر التعداد رخنک موجود ہونے، اور عطفات (diverticulæ) کے کبھی کبھی پائے جانے سے، بارور بیضہ کے فلوپی نلی میں ٹھہر جانے کی توجیہ ہوتی ہے۔

بیضین

(THE OVARIES)

بیضین ایسے اعضا ہیں جو بے قناتی غدد (ductless glands) کی جماعت سے تعلق رکھتے ہیں۔ اگرچہ ان کا اصلی فعل تولیدی خلیات یعنی بیضوں کا پیدا کرنا ہے،

لیکن ان سے ایک یا زائد اندرونی افرازات یا ہارمون (hormones) بھی نکلتے ہیں۔ ان کا وجود نہ صرف صنفی خلیات کے بالعد نمو کو ترقی دینے کے لئے ضروری ہے بلکہ بالغ عورت میں یہ دوسرے غدد کے ساتھ مل کر ہارمونوں کا طبعی توازن قائم رکھنے کے لئے بھی ناگزیر ہیں (دیکھو "فعلیات" صفحہ 92 اور بعد کے صفحات)۔

35 ہر ایک بیض چپٹا اور بیضہ نما ہوتا ہے، اور بالغ میں $\frac{3}{4}''\times 1''\times\frac{1}{2}''$ ہوتا ہے، مگر اس کی جسامت اور شکل میں اکثر معتدبہ اختلافات بھی پائے جاتے ہیں۔ نوجوان عدیم الولادت عورتوں میں یہ پتلا سا ہوتا ہے، اور جب تک تبویض (ovulation) شروع نہیں ہو جاتی اس کی سطح ہموار رہتی ہے۔ بعدازاں پختہ ہونے والے جرابوں (follicles) کے بروز کی وجہ سے اس کی شکل بے قاعدہ ہو جاتی ہے، اور سن یاس پر اس پر عام طور پر بہت سی جھریاں پائی جاتی ہیں۔ علاوہ ازیں دوران زندگی میں ولادتِ اولاد کے زمانہ میں اس کی جسامت اور شکل میں معتدبہ اختلاف پایا جاتا ہے، جو متوالی صنفی دور کی اس ہئیت کے لحاظ سے جب کہ اس عضو کا امتحان کیا جائے، اور اس کی وظیفی فعالیت کی موجودگی اور عدم موجودگی کے لحاظ سے واقع ہوتا ہے۔ زمانہ استراحت میں بیض دھندلا سفید اور محلی دکھائی دیتا ہے، اور اس پر ایک یا زائد مقامات پر چھوٹے چھوٹے نیم شفاف کیسک (vesicles) پائے جاتے ہیں جو گرافی جراب (Gräafian follicles) کہلاتے ہیں۔ ان مقامات پر حاصر کیسہ یعنی پردۂ ابیض (tunica albuginea) میں پتلا ہونے کا عمل نمایاں طور پر جاری ہوتا ہے۔ گرافی جراب (Gräafian follicle) کے پختہ ہو جانے پر، اور خاصکر اس کے شگفتہ ہونے اور اس کی جگہ جسم اصفر (corpus luteum) کے پیدا ہو جانے کے بعد بیض کی جسامت بڑھ جاتی ہے۔ جب جسم اصفر کی جسامت بڑھنا شروع ہوتی ہے اور یہ سطح پر عریض مخروط کی شکل میں ابھر آتا ہے تو اس کے ارد گرد شعری عروق کا ایک "برش" (brush) پیدا ہو جاتا ہے۔

جدید جسم اصفر آلوچہ کی رنگت کا ایک تاریک ابھار سا ہوتا ہے جو بیض کی سطح کے معتدبہ حصہ کو گھیرے ہوتا ہے۔ انقطاع الطمث (menopause) کے بعد جب تمام بیضے خارج ہو چکتے ہیں تو مبیضین میں ذبول واقع ہو جاتا ہے، اور بڑھاپے میں یہ لوبیا کے بیجوں سے زیادہ بڑے نہیں ہوتے۔

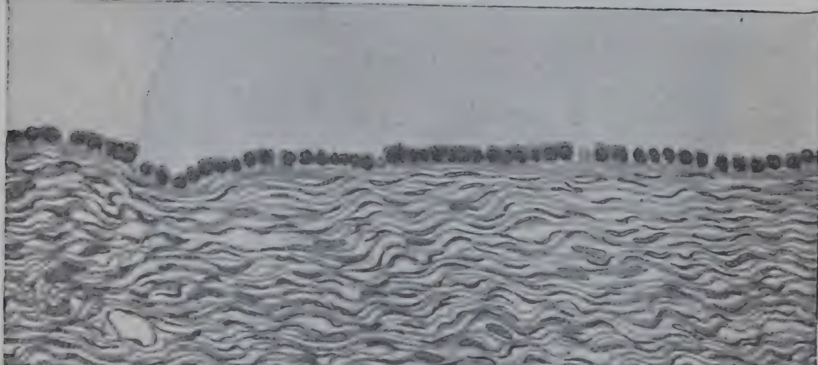
طبعی حالت میں ہر ایک بیض ایک خفیف سے نشیب پر واقع ہوتا ہے جو حوض کے فرش کے موخر جانبی پہلو پر واقع ہوتا ہے، اور یہ عضلۂ سادہ (obturator muscle) کی اندرونی سطح پر

ویلڈیئر کے "مبیضی حفرہ" (Fossa Ovarica of Waldeyer) میں متمکن ہوتا ہے۔ یہاں یہ خارجی اور داخلی حرقفی شریانوں (iliac arteries) کے درمیان واقع ہوتا ہے، اور پچھلی جانب پر عصب ساد (obturator nerve) اور حالب (ureter) اس سے علاقہ رکھتے ہیں۔ یہ تشریحی محل وقوع صرف عدیم الولادت عورتوں میں پایا جاتا ہے، اور استقرار حمل کے بعد مبیض اکثر اس سے زیادہ نیچے کے پیول پر پایا جاتا ہے، اور بعض اوقات یہ اپنے مقام سے اس حد تک ٹل جاتا ہے کہ یہ ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) کے فرش پر پایا جاتا ہے۔

سیدھا کھڑے ہونے کی حالت میں مبیض کی جب کہ یہ اپنے طبعی تشریحی محل وقوع پر ہو دو سطحیں ہوتی ہیں، ایک جانبی اور ایک وسطانی۔ اور دو قطب ہوتے ہیں، ایک بالائی اور ایک زیرین۔ اور دو کنارے ہوتے ہیں، ایک مقدم اور ایک موخر۔ جانبی سطح جداری باریطون سے ملی ہوتی ہے جو عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) کو محصور کئے ہوتا ہے۔ وسطی سطح رحم کی طرف منحرف ہوتی ہے۔ بالائی قطب جو بعض اوقات بیرونی قطب بھی کہلاتا ہے فلوپی نلی کی مبیضی جھالر (ovarian fimbria) سے متماس ہوتا ہے، مگر اس سے کچھ سہارا نہیں لیتا۔ بخلاف اس کے زیرین یا وسطانی قطب متناظر قرن الرحم سے عضلہ اور لیفی بافت کے ایک بند کے ذریعہ سے چپیدہ ہوتا ہے جو بخوبی نمو یافتہ اور کسی قدر چپٹا ہوتا ہے اور "حقیقی مبیضی رباط" (ligamentum ovarii proprium) یا مبیضی رباط (ovarian ligament) کہلاتا ہے (دیکھو شکل ۵)۔ اس رباط کی دموی رسد رحمی شریان کی تقسیمی شاخ سے آتی ہے جو اس کے نیچے سے گذرتی ہے، اور رحم کی جانبی سطح تک انبوبی مقام اتصال کے عین نیچے سے اور رباط مستدیر کے تحت سے پہنچ جاتی ہے۔ مبیض کا مقدم کنارہ سیدھا ہوتا ہے، اور رباط عریض کی موخر تہ سے براہِ راست چپیدہ ہوتا ہے۔ اس کی چپیدگی کا مقام یعنی ماساریقائے مبیض (mesovarium) اس عضو کے نافچہ (hilum) کا متناظر ہوتا ہے۔ یہاں پر باریطون ختم ہو جاتا ہے اور اس کی جگہ مبیض کا ذاتی سرطلی غلاف شروع ہو جاتا ہے۔ یہ خطِ برزخ اکثر برہنہ آنکھ سے مبیض کے "سفید خط" (white line) کے طور پر شناخت کیا جا سکتا ہے۔ اس طرح مبیض رباطِ عریض کی پشت سے مبیضی رباط (جو وسطانی جانب پر ہوتا ہے)، اور مبیضی حوضی یا قمعی حوضی رباط (جو باہر کی جانب ہوتا ہے اور بالائی یا انبوبی قطب سے لیکر دیوار حوض تک چلا جاتا ہے) 86
کے درمیان بلا واسطہ لٹکا ہوتا ہے۔ موخر الذکر رباط عریض ___ کے بالائی آزاد حاشیہ کو ظاہر کرتا ہے

جس میں فلوپی نلی موجود نہیں ہوتی۔ مبیض پر باریطونی غلاف نہیں ہوتا، اور اس کی پیچیدگیاں ایسی ہوتی ہیں کہ اس میں معتدبہ حرکت پذیری موجود ہوتی ہے۔ یہ باریطونی کہفہ میں آزادانہ ابھرا ہوتا ہے، اور اس کی سطح سے جو بیضے خارج ہوتے ہیں ان کو فلوپی نلی کے شکمی دہنہ میں داخل ہونے سے پہلے اِس کہفہ میں سے گذرنا پڑتا ہے۔ بعض حیوانات مثلاً چوہے میں مبیض ایک باریطونی جیب کے اندر ہوتا ہے، جس میں فلوپی نلی براہِ راست کھلتی ہے۔ یہ ایک ایسی ترتیب ہے جو صنفی خلیوں کے فلوپی نلی میں آسانی سے گذر جانے کی تائید کرتی ہے۔ نوع انسان اور دوسرے پستانیوں مثلاً گائے، کتا، بلی وغیرہ میں یہ ترتیب نہیں پائی جاتی۔

جب مبیض کو دو برابر حصّوں میں تقسیم کیا جاتا ہے تو اس کی کٹی ہوئی سطح شکل میں تقریباً بیضوی دکھائی دیتی ہے اور اس کا پیچیدہ کنارہ (نافچہ) سیدھا معلوم ہوتا ہے۔ سہولت بیان کیلئے یہ غدہ عموماً تین رقبوں پر تقسیم کیا جاتا ہے:۔(ا) قشرہ (cortex)، (ب) لب (medulla)، (ج) نافچہ (hilum)۔ قشرہ سطحی رقبہ ہی ہوتا ہے، اسکی شکل ہلالی ہوتی ہے، اور یہ غدہ کا محیطی حصہ ہوتا ہے۔ سرحلمی غلاف

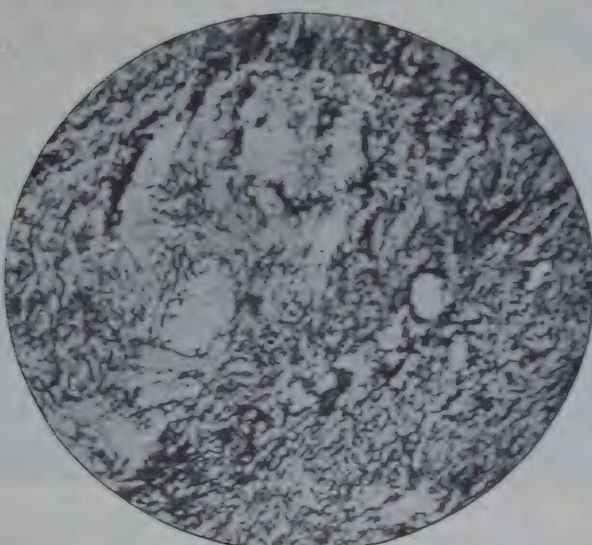


شکل ۲۵۔ بالغ عورت میں حیض کا بین سرحلمہ اور ماتحت پردۂ ابیض۔

کے عین نیچے متکثف لیفی بافت کی ایک تہ موجود ہوتی ہے جو برہنہ آنکھ سے اکثر اوقات ایک خفیف زرد خط کی سی دکھائی دیتی ہے، یہ پردۂ ابیض (tunica albuginea) کو ظاہر کرتی ہے (شکل ۲۵)۔ قشرہ میں گرافی جراب (Gräafian follicles) ہوتے ہیں، اور اس لئے فعلیاتی طور پر یہ اس غدہ کا اہم ترین حصہ ہے، اور شکلیاتی طور سے یہ اوفورون (oöphoron) یعنی حاملِ بیضہ (egg-bearer) کے نام سے متمیز ہے۔

لب (medulla) قشرہ کے اندر واقع ہوتا ہے، ورنافچہ کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے۔ یہ حصہ سادہ عضلہ یعنی بافت، اعصاب، عروقِ خون، اور عروقِ لمف پر، اور لبی کرنوں (medullary rays)، اور مبیضی شبکہ (rete ovarii) کے شاخچوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ موخر الذکر ساختیں بلحاظ نوعیت دلچسپ ہیں (دیکھو صفحہ 75) اور بعض حیوانات میں بخوبی نمو یافتہ ہوتی ہیں۔ نافچہ (hilum) کے ذریعہ سے مبیض عریض رباط سے چسپیدہ ہوتا ہے، اور اس میں سے مذکورہ بالا ساختیں گذرتی ہیں جو لب میں پائی جاتی ہیں۔ نافچہ کی سطح پر برزخیت کا "سفید خط" موجود ہوتا ہے جس پر باریطون بیضی سر حلہ سے تبدیل ہو جاتا ہے۔

مبیض اپنی خونی رسد مبیضی شریان سے حاصل کرتا ہے، جو عریض رباط کی آزاد بیرونی کور یعنی
37 قمعی حوضی شکن (infundibulo-pelvic fold) کے ساتھ ساتھ گذرتی ہوئی مبیض تک

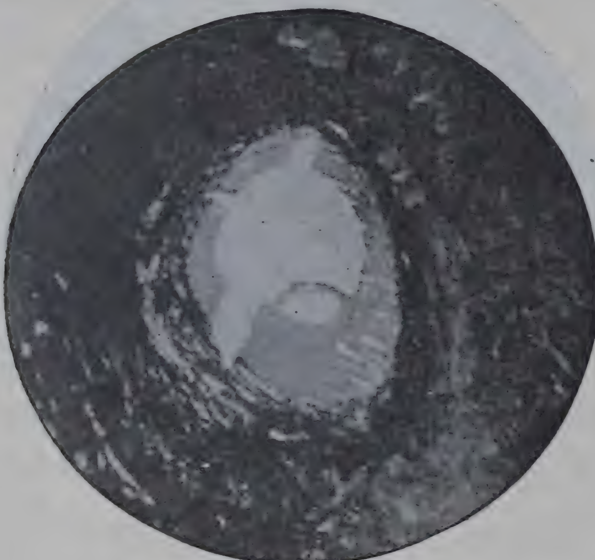


۷۵ ×

شکل ۲۶۔ مبیضی ہیکل (انسانی) جس کی تلوین بلیس کوسکی کے طریقہ سے کی گئی ہے۔
اس میں عصبی ریشک دکھائے گئے ہیں۔
(وائٹ ہوس)۔

پہنچتی ہے۔ جملہ عروق نافچہ پر داخل ہوتے ہیں۔ عروق لمف عمود شو کی کے ہر دو طرف کے

قطنی سلسلہ (lumbar chain) میں جاتے ہیں (دیکھو شکل ۵۱)۔
بیض کی عصبی رسد کسی حد تک متنازع فیہ رہی ہے، لیکن اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ اس عضو میں عصبی ریشے بہت کثرت سے پائے جاتے ہیں جو نظام مشارکی سے نکل کر عروق خون کے ہمراہ نافچہ میں داخل ہوتے ہیں، اور معین بنڈلوں میں ترتیب یافتہ ہوتے ہیں۔ ایبل (Able) اور مکل رائے (McIlroy) کے مطابق یہ ریشے بیض میں تین گروہوں میں تقسیم ہو جاتے ہیں۔ ایک گروہ عرقی ریشوں (vascular fibres) پر مشتمل ہے، اور یہ عروق کے ساتھ ساتھ ہوتا ہے،

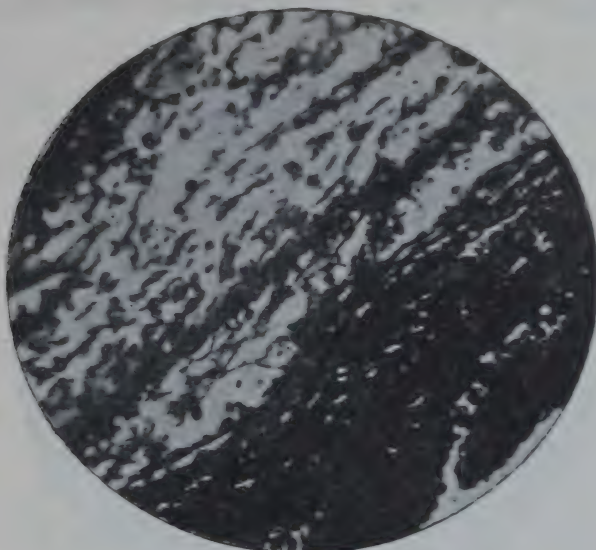


۷۵ ×

شکل ۷۲۔ انسانی بیض جس کی تلوین بیلس کوسکی کے طریقہ سے کی گئی ہے۔
اس میں گرافی جراب کے گرد عصبی ریشوں کا بہت سا ارتکاز دکھایا گیا ہے۔
(وائٹ ہوس)۔

اور اس میں کثیر التعداد ریشے ہوتے ہیں جو عروق کے اردگرد جال کی صورت میں پھیلے ہوتے ہیں۔
دوسرے گروہ کے متعلق یہ کہا جاتا ہے کہ یہ جرابوں (follicles) تک براہِ راست پہنچتا ہے، یہ جرابی 38
ریشوں (follicular fibres) پر مشتمل ہے، اور جرابوں کے اردگرد ہم مرکز طور پر مرتب ہوتا ہے،
لیکن داخلی غلاف (theca interna) سے آگے نہیں گذرتا۔ تیسرا گروہ رخشی بافتوں میں

تقسیم ہو جاتا ہے، یہ رخنی ریشوں (interstitial fibres) پر مشتمل ہے۔ چھوٹے چھوٹے خلیوں کے گروہ جو عقدی خلیوں (ganglion cells) کے مشابہ ہوتے ہیں ان ریشوں کے قریب پائے جاتے ہیں۔ جن تراشوں کی تلوین بیلس کوسکی کے طریقہ (Bielschowski's method) سے کی جاتی ہے ان میں گرافی جرابوں کے گرد عصبی ریشوں کا بہت سا ارتکاز بخوبی دیکھنے میں آتا ہے (دیکھو شکل ۲۶ و ۲۷ و ۲۸)۔ یہ بنا دینا ضروری ہے کہ یہ ارتکاز حقیقی ہونے کی بجائے زیادہ تر مصنوعی بھی ہو سکتا ہے، کیونکہ پختہ



۲۵۰ ×

شکل ۲۸۔ عصبی ریشے اور عقدے شعری عرق کے تعلق میں گرافی جراب کے "ذراتیہ" کے خلیوں کے بہت قریب (وائٹ ہوس)۔

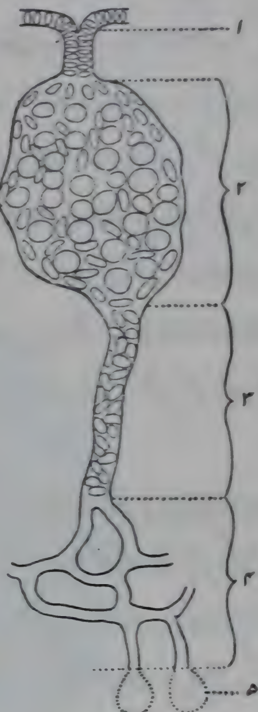
ہونے والے جراب کے اندر افراز کے مجتمع ہو جانے سے بافتیں مضغوط ہو جاتی ہیں۔ پختہ ہونے پر ہر ایک جراب بتدریج بیض کی سطح کے قریب آتا جاتا ہے، اور ایسا کرنے میں یہ قدرتی طور پر بیضی ہیکل کے بافتی عناصر پر جو زیادہ مثبت ہوتے ہیں دباؤ ڈالتا ہے۔ بیضی اعصاب کا فعل غالباً زیادہ تر عرق حرکی (vasomotor) ہوتا ہے، اور یہ امر بیض کے سوء فعل کی (جو بظاہر معکوس الاصل ہوتا ہے) بعض حالتوں کی توجیہ کرنے میں سریری نقطۂ نظر سے کسی قدر اہمیت رکھتا ہے۔

نسیجیات۔ بیض کی سطح مکعبی سر لحمہ کی واحد تہ سے پوشیدہ ہوتی ہے، جو

نبتی سر حلمہ (germ-epithelium) کے نام سے موسوم ہے (دیکھو شکل ۲۵)۔ ان خلیوں کا وجود ثابت کرنے کے لئے بافت کو احتیاط سے طیار کرنا چاہئے، کیونکہ یہ بہت آسانی سے تباہ ہو جاتے ہیں، لیکن ان کے شائبے تقریباً تمام حالتوں میں انقطاع الطمث کے زمانہ تک پائے جاتے ہیں۔ یہ سر حلمہ ایک قاعدی غشا (basement membrane) پر متمکن ہوتا ہے، اور قاعدی غشا بذات خود پردۂ ابیض (tunica albuginea) پر متمکن ہوتی ہے، جو غدہ کے جسم کا حاصر و محافظ ہے۔ پردۂ ابیض سن بلوغ تک اچھی طرح تمیز نہیں کیا جا سکتا۔ پہلے پہل یہ باریک ہوتا ہے، اور اس میں خلیوں کی صرف تین تہیں موجود ہوتی ہیں۔ زندگی کے موخر حصہ میں یہ لیفی بافت کے دو یا تین ورقوں (laminæ) کے اضافہ سے دبیز ہو جاتا ہے۔ چونکہ اس کے ریشے قشرہ کی انضالی بافت سے مسلسل ہوتے ہیں اس لئے 39
اسے اتار کر علیحدہ نہیں کیا جا سکتا۔

نافچہ (hilum) میں وقتاً فوقتاً چھوٹے چھوٹے ناکمل انیبیبات (tubules) پائے جاتے ہیں جن کا استر قصیر القامت مکعبی سر حلمہ کا ہوتا ہے۔ ان کو اکثر اوقات کالیکر کے احبال (cords of Kolliker) یا مبیضی شبکہ (rete ovarii) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ یہ عناصر مدت مدید تک ولفی جسم (Wolffian body) کے مفتقی انیبیبات کے آثار خیال کئے جاتے رہے، لیکن بقول گڈال (Goodali) یہ تناسلی لکیر (genital streak) کے مضغئ دروں ادمہ (embroynic entoderm) کے مشتقات ہیں۔ شکل ۲۹ سے موخر الذکر نظریہ کی توضیح ہوتی ہے۔ اور اس امر کا خیال رہے کہ اس قسم کے نظریہ کو تسلیم کرنے سے مبیض کے نافچہ میں ولفی دویروں (Wolffian cysts) کا بننا خارج از امکان ہو جاتا ہے۔ زنانہ تناسلی بولی خطہ کے نمو کے بیان میں اس موضوع پر مزید بحث کی گئی ہے (دیکھو صفحہ 75)۔

قشرہ (cortex) میں مبیض کے لازمی عناصر یعنی گرافی جراب (Gräafian follicles) موجود ہوتے ہیں، جو ہیکل (stroma) میں منضم ہوتے ہیں۔ ان کے صفات مخصوص ہوتے ہیں۔ مدت حمل کے اختتام پر جنین کے مبیض میں جتنے گرافی جراب (Gräafian follicles) ہوتے ہیں ان کی تعداد کا اندازہ مختلف اصحاب نے مختلف کیا ہے۔ سٹیونس (Stevens) ۱۰۰،۰۰۰ بتاتا ہے، اور مارشل (Marshall) ۱۰۰،۰۰۰۔ سن بلوغ پر ۳۰،۰۰۰ تا ۴۰،۰۰۰ رہ جاتے ہیں، اور باقی غائب ہو جاتے ہیں۔ جرابوں کا بعد الولادت تکون کبھی ظہور پذیر نہیں ہوتا۔ مدت حمل کے اختتام پر مبیض کے ہیکل کے عدم نمو کی وجہ سے ابتدائی



شکل ۲۹۔ یہ خاکہ نبتی سر حلمہ کی انبوبی زیر بالیدگی کے عمر کو بیض کے قشرہ سے لیکر اسکے نافچہ تک ظاہر کرتا ہے (وینی واٹر)۔
(۱) نبتی سر حلمہ۔ (۲) نبتی نلی۔ (۳) لبی حبل۔ (۴) مبیضی شبکہ۔ (۵) بر مبیض۔ ۱-۲-۳ = لبی کرن۔ قشروی حصہ (۱) مذبول اور غائب ہو جاتا ہے۔ حصہ (۲) گرافی جراب بنجاتا ہے۔ (۳) کم و بیش مذبول ہو جاتا ہے، اور کبھی جذب ہو جاتا ہے اور کبھی نہیں بھی۔ نیچے کے حصہ (۴) یعنی مبیضی شبکہ کے بہت سے انبیب متحد ہو کر ایک انبیب بناتے ہیں جو مبیض سے باہر نکل کر ولفی جسم کے قنبلکوں سے مل جاتا ہے اور گیرٹنر کی قنات بناتا ہے۔

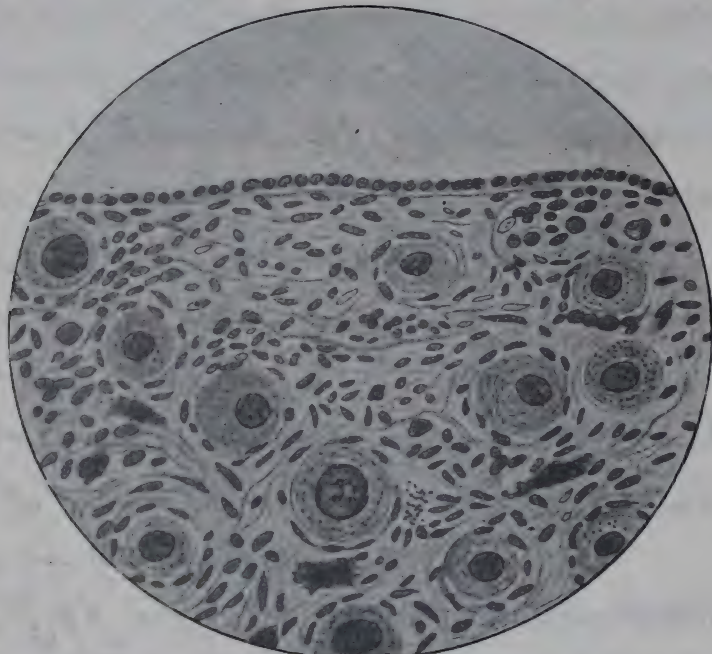
جراب (primordial follicles)۔ مبیض کے بیشتر حصہ پر مشتمل ہوتے ہیں (شکل ۳۰)۔ ہیکل نہایت کثیر التخلل یا ہوتا ہے، اور اتصالی بافت کے ریشے صرف دو حصول یعنی نبتی سر حلمہ (germ-epithelium) کے نیچے، اور عروق کی گذرگاہوں کے ساتھ ساتھ پائے جاتے ہیں۔ قشرہ کا باقی ماندہ حصہ ریشک دار نہیں ہوتا، بلکہ اس میں خلیوں کے اجتماعات پائے جاتے ہیں، جن میں سے بعض گول، بعض دوکی، اور بعض کثیر الاضلاع ہوتے ہیں، اور اکثر کے ساتھ نازک زائدے بھی موجود ہوتے ہیں۔ ان کے نواتات بڑے بڑے گول یا بیضوی ہوتے ہیں، اور ان کو اتصالی بافت کے ترمیم یافتہ خلیے تصور کرنا چاہیئے۔ التہابی اعمال اور بعض نو بالیدوں (new growths) کی خردبینی شناخت کے لئے ان خلیوں کے مختلف صفات کا یاد رکھنا ضروری ہے۔

گرافی جراب (Gräafian follicle)

پختہ گرافی جراب کی بافت سمجھنے کیلئے خاصکر جہاں تک کہ مبیض کے باقی ماندہ حصہ، اور اس عضو کی بعض نو ساختوں (neoplasms) سے اس کو تعلق ہے، مبیض کے نمو کا علم ضروری ہے۔ لہذا مطالعہ کنندہ کو پختہ مبیض کے تشکیلیاتی منظر کا صحیح خیال قائم کرنے کیلئے "نمو" (Development) کا باب (صفحہ 75) دیکھنا چاہیئے۔

گرافی جراب (Gräafian follicle) کا ذکر پہلے پہل ڈیلفٹ (Delft) کے

40 ڈی گراف (De Gräaf) نے کیا تھا۔ اس کے نمو کا تعاقب ابتدائی جرابوں (primordial follicles) سے کیا جا سکتا ہے جو جنینی زندگی کے ابتدائی حصہ میں نبتی سرحلمہ (germ epithelium) سے چھوٹے چھوٹے زائدوں کی زیرا فزائش کے طور پر پیدا ہوتے ہیں، جو ماتحت میاں ناہضمی خلیوں (mesoblast-cells) میں چلی جاتی ہے۔ ان زائدوں پر میاں ناہضمی خلیے حملہ آور ہوتے ہیں اور ان کو کاٹ کر چھوٹے چھوٹے حصوں میں تقسیم کر دیتے ہیں جو بیضی آشیانے (egg-nests) کہلاتے ہیں۔ یہ بھی آئندہ چلکر ٹوٹ جاتے ہیں، اور انجام کار ساختوں کی ایک کثیر تعداد پیدا ہو جاتی ہے جن میں سے ہر ایک ساخت (۱) ایک بڑے مرکزی خلیہ پر، جو ابتدائی بیضہ (oöcyte) یا بیضی خلیہ (egg-cell) کہلاتا ہے اور جس کا قطر ۴۸ تا ۶۹ میکران ہوتا ہے، (۲) چپٹے سرحلمی خلیوں کی واحد تہ پر جو اس کے ارد گرد ہوتی ہے، اور (۳) میاں ناہضمی خلیوں (mesoblast-cells) کی ایک متکثف تہ پر مشتمل ہوتی ہے جو اس کے باہر ہوتی ہے اور ایک بیڈول کیسہ کی شکل کی ہوتی ہے۔



شکل ۳۰ ۔ بچے کے مبیض کا قشرہ (سٹیونس) جو کیسی سرحلمہ اور کثیر التعداد ابتدائی جرابوں کو ظاہر کرتا ہے جن کے اندر بیضی خلیے ہیں۔

یہی ساخت ابتدائی جراب (primordial follicle) ہے۔ شکل ۳۰ و ۳۱ سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ اس درجہ پر جراب میں جو خالی آنکھ سے دکھائی نہیں دیتا کوئی سیال نہیں ہوتا، اور ہیکل (stroma) سے کیسی واضح فضا کے ذریعہ سے علیحدہ نہیں ہوتا۔ ابتدائی جراب کے بیضی تخم مایہ (egg protoplasm) پر کوئی خلوی غشا نہیں ہوتی۔ یہ بالکل معرا ہوتا ہے، اور صاف زمینی شے پر گنجان شبکہ کی شکل کا ظاہر ہوتا ہے۔ بہرکیف بعض نوات پر ایک خاص غشا ہوتی ہے، اور اس میں ایک خارج المرکز نویہ (nucleolus) ہوتا ہے۔ گاہے گاہے ایک جراب میں دو بیضی خلیے (egg - cells) ہوتے ہیں۔ جنینی مبیض میں ابتدائی جرابات کے علاوہ کوئی دیگر ساخت نہیں پائی جاتی۔ ابتدائی جرابات کیسی سرحلمہ کے عین نیچے واقع ہوتے ہیں، اور لب (medulla) میں کبھی نہیں ہوتے۔

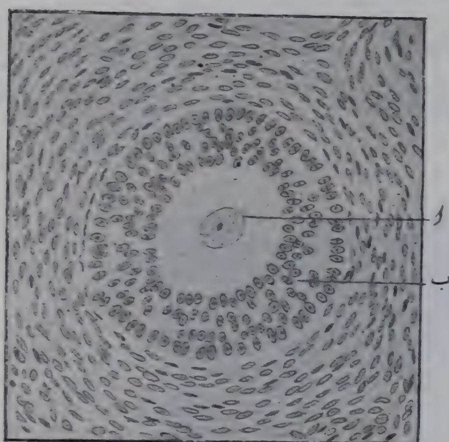
دروں رحمی زندگی کے چھتیسویں ہفتہ میں ان میں ایک مصلی سیال پیدا ہونا شروع ہوجاتا ہے جس میں البیومن ہوتی ہے، اور ان کے گرد ایک کیسہ پیدا ہوجاتا ہے جو گردو نواح کے ہیکل سے ان کو متمیز کردیتا ہے۔ یہ سیال جرابی سیال (liquor folliculi) کے نام سے موسوم ہے۔

مذکورہ بالا جرابات کے مشابہ جراب سن بلوغ کے بعد بہت سی تعداد میں موجود ہوتے ہیں۔ ان میں سے اکثر غیر عامل (dormant) رہتے ہیں، یا بے انثقب (atresic) رہتے ہیں، لیکن بعض میں پختگی کا مزید عمل جاری ہوجاتا ہے جو انشقاق پر ختم ہوتا ہے۔ تبویض (ovulation) کے اہم فعل کا دارومدار اسی پر ہے۔ پختہ جراب سن بلوغ سے پہلے بھی بعض اوقات پائے جاتے ہیں۔ اس سن سے قبل اجسام اصفر یقیناً کبھی نہیں دیکھے گئے۔ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ محض نوجوان عورتوں ہی کے مبیض میں تینوں قسم کے جراب دیکھنے میں آتے ہیں۔

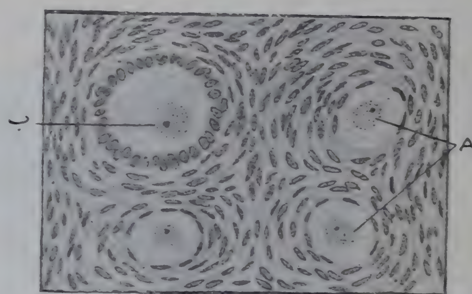
قاعدۃً ایک مبیض میں صرف ایک ہی گرافی جراب تقریباً چار چار ہفتوں کے وقفہ پر پختہ ہوتا ہے، اور کبھی کبھی دو جراب بھی بیک وقت پختہ ہوجاتے ہیں، یہ یا تو دونوں ایک ہی مبیض میں ہوتے ہیں اور یا ایک ایک ہر ایک مبیض میں ہوتا ہے۔

پختگی کا عمل اور تبویض (Maturation and Ovulation)۔ گرافی جراب کا نموا ابتدائی جراب سے پختہ ساخت تک "پختگی کا عمل" (ripening) کہلاتا ہے، اور یہ کافی دلچسپ اور پیچیدہ عمل ہے۔ اس کا پہلا مرحلہ یہ ہے کہ ابتدائی جراب (primordial follicle) کے چپٹے خلیوں کی واحد محیطی تہ متمیز ہوکر "ذراتی تہ" (granulosa layer) میں تبدیل ہوجاتی ہے (شکل ۳۲)۔ جب تک ایسا نہیں ہوتا بیضی قشرہ کے ہیکلی خلیات اور مضغی جراب کے درمیان

ایک واضح المحدود خطِ فصل موجود ہوتا ہے، مگر اس کے بعد دو اور تہیں پیدا ہو جاتی ہیں جو بڑھتے ہوئے کیسہ کو گھیر لیتی ہیں۔ یہ خلوی تہیں "داخلی غلاف" (theca interna) اور "خارجی غلاف" (theca externa) کی اصطلاحوں سے موسوم ہیں، اور ان دونوں کی اصل قشرہ کے ہیکلی خلیات (stroma cells) سے ہوتی ہے (شکل ۳۳)۔ ان غلافی خلیات کی اصل مدت سے تنازع فیہ تھی،



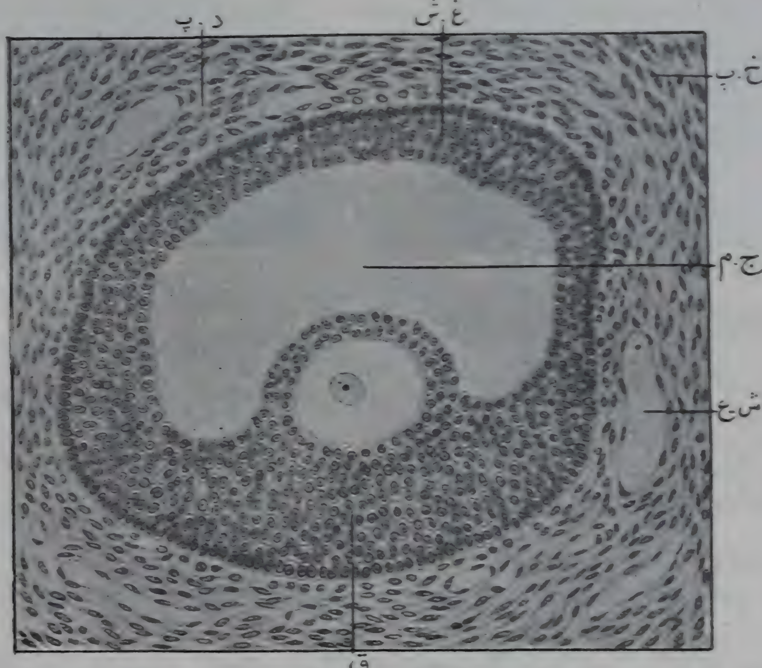
شکل ۳۲۔ نامی گرافی جراب جو بالغ عورت کے بیض سے لیا گیا ہے۔ مرکزی خلیہ (ل) بیضی خلیہ ہے۔ یہ خلیوں کی متعدد تہوں (ب) میں محصور ہے جن سے غشائے ذراتی بنتی ہے (وائٹ رج ولیمس)۔



شکل ۳۱۔ زمانہ شباب میں بیض، جو ابتدائی جراب (ل) کو اور ایسے جراب کو ظاہر کرتا ہے جو ابھی نمو پانے والا ہے (ب)۔ (وائٹ رج ولیمس)۔

مگر ڈبلیو شا (W. Shaw) نے مختلف عمروں کے پختہ ہونے والے جرابوں کے ایک سلسلہ کا مطالعہ کر کے یہ ثابت کر دیا کہ ان کی اصل ہیکل سے ہے۔ خلطِ مبحث سے بچنے کے لئے یہ معلوم کر لینا چاہئے کہ داخلی غلاف (theca interna) قدیم مصنفین کے "عرقی پردہ" (tunica vasculosa) کا متناظر ہے، اور خارجی غلاف (theca externa) اس تہ کا متماثل ہے جو کبھی "لیفی پردہ" (tunica fibrosa) کے نام سے موسوم تھی۔ گرافی جراب (Gräafian follicle) کے پختگی کے ابتدائی زمانہ میں داخلی غلاف کے ہیکلی خلیات کے درمیان نئے شعری عروق پیدا ہو جاتے ہیں،

پرانی اصطلاح "عرقی پردہ" (tunica vasculosa) کی وجہ تسمیہ یہی ہے۔ ہیکل (stroma) پختہ ہونے والے جراب کے گرد یکساں طور پر متمیز ہوتا ہے، اور اس لئے نمو کا نتیجہ غالباً بیضہ ہی میں ہوتا ہے۔ جراب میں پختگی کے عمل کی ابتدا کے نمایاں خواص یہ ہوتے ہیں کہ بیضہ یعنی "ابتدائی بیضہ" (oöcyte) کی جسامت بڑی ہو جاتی ہے، اور استری سرحلمہ "غشائے ذراتی" (membrana granulosa) اور "قرص ولودی" (discus proligerous) میں متمیز ہو جاتا ہے (شکل ۳۳)۔ بیضہ کے ارد گرد ایک کیسہ پیدا ہو جاتا ہے جس پر باریک شعاعی تخطط پایا جاتا ہے اور جو یکساں طور پر مضبوط ہوتا ہے، یہ "شفاف منطقہ" (zona pellucida) کہلاتا ہے۔ یہ منطقہ بیضی



شکل ۳۳۔ جراب بلوغ کے قریب پہنچ رہا ہے، اور جرابی سیال کے تکون کو ظاہر ہوتا ہے۔
غ۔ش۔ غشائے ذراتی۔ ج۔م۔ جرابی مغارہ۔ ق۔ قرص ولودی۔ د۔پ
داخلی پردہ۔ خ۔پ۔ خارجی پردہ۔ ش۔ع۔ شعری عرق (وائٹ رج ولیمس)۔

خلیہ کے تخم مایہ سے "گرد زردینی فضا" (perivitelline space) کے ذریعہ سے علیحدہ ہوتا ہے

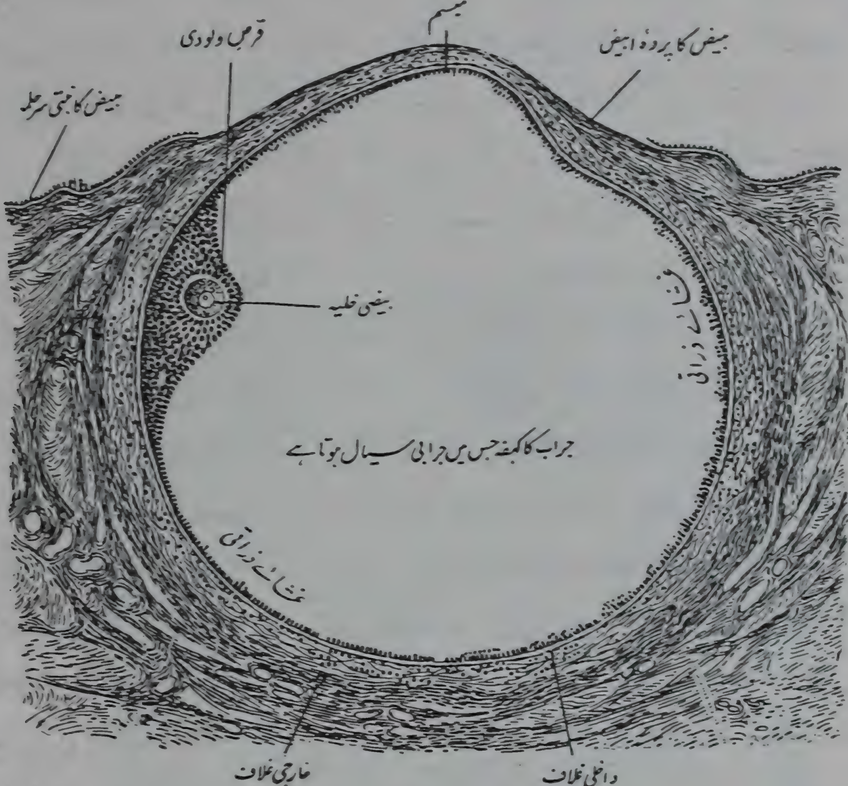
جس میں بیضہ آزادی سے حرکت کرتا ہے۔ اب خلیہ مایہ (cytoplasm) کا مونوات کو جو پہلے مرکزی تھا بتدریج خلیہ کی سطح کی طرف دھکیل دیتا ہے۔ کہا جاتا ہے کہ نویتہ (nucleolus) میں ایسا آسا حرکت موجود ہوتی ہے۔ ذراتیہ (granulosa) کے خلیات میں جو اصلی جرابی سرحلمہ سے مشتق ہوتے ہیں تکاثر آزادانہ شروع ہو جاتا ہے جس سے پہلے بہت سی خلوی تہوں کی ایک دیوار بن جاتی ہے، اور بعد میں ایک ٹھوس تودہ بن جاتا ہے جس میں چھوٹے چھوٹے کثیر الاضلاع یا بیضہ نما خلیات ٹھنسے ہوتے ہیں جن کے نوات گول ہوتے ہیں اور توشیہ پر یہ تاریک رنگت اختیار کر لیتے ہیں۔

جرابی سیال (liquor folliculi) کے جلد بننے سے ٹھوس ساخت کیسکی ساخت میں تبدیل ہو جاتی ہے۔ یہ سیال اول اول دانہ دارتہ کے اس حصہ میں ظاہر ہوتا ہے جو بیضینی قشرہ کی طرف ہوتا ہے (نیگل : Nagel اور سٹریسمین : Strassmann)۔ اس فضا کے، جس میں سیال جمع ہوتا ہے اور جس کا نام "جرابی مغارہ" (antrum folliculi) ہے خارج المرکز نمو کی وجہ سے ذراتیہ کے خلیوں کا ایک انبار لگ جاتا ہے جن میں ابتدائی بیضہ (oocyte) بھی ہوتا ہے۔ اس رکمہ (cumulus) کا نام "قرص ولودی" (discus proligerus) ہے، اور اس کا قاعدہ پہلے پہل بیض کے لُب (medulla) کی طرف ہوتا ہے۔ پہلے یہ خیال کیا جاتا ہے کہ جرابی سیال (liquor folliculi) ذراتیہ کے خلیات کی اماعت یا ان کے انحطاط کے عمل سے پیدا ہوتا ہے۔ لیکن اس نظریہ پر حال ہی میں آرتھر تھامسن (Arthur Thompson)، سٹریسمین (Strassmann)، اور ڈبلیو شا (W. Shaw) نے اعتراض کیا ہے۔ ان کا یہ خیال ہے کہ
43 یہ سیال ان خلیات کا خالص افراز ہے۔ شا (Shaw) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ مناسب توشیہ (میلوری کے توشیہ) سے خود ذراتیہ کے خلیات میں افراز کے خالیوں (vacuoles) کا بالعموم مظاہرہ کیا جا سکتا ہے۔ (granulosa layer) اس درجہ پر عروق دار نہیں ہوتی کیونکہ داخلی غلاف (theca interna) کے شعری عروق کا تفرع ایک قاعدی غشا (خارجی تحدیدی غشا: membrana limitans externa) سے محدود رہتا ہے جو دونوں تہوں کے درمیان حائل ہوتا ہے۔

عمل حیض کے دوران میں ذراتی تہ میں مشبک نیم شفاف مادہ کے چھوٹے چھوٹے گول گلوبچے پیدا ہو جاتے ہیں۔ ان میں سے ہر ایک ذراتیہ کے خلیات کی ایک باقاعدہ تہ سے محصور ہوتا ہے جس میں خلیات شعاعی طور پر مرتب ہوتے ہیں۔ ان چھوٹی چھوٹی ساختوں کی اہمیت

اوران کا فعل ابھی تک معلوم نہیں ہوا۔ یہ کال اور ایکسنر کے اجسام (bodies of Call and Exner) کے نام سے موسوم ہیں (دیکھو شکل ۳۵ ل)۔

جراب میں انشقاق واقع ہونے سے پہلے یہ ضروری ہے کہ یہ بیض کی سطح کے قریب آجائے۔



شکل ۳۴۔ پختہ گرافی جراب (پختگی کے متاخر درجہ میں) بیض کی سطح پر بروز کر رہا ہے (م)۔
قرص ولودی میسم کے قریب آرہا ہے۔

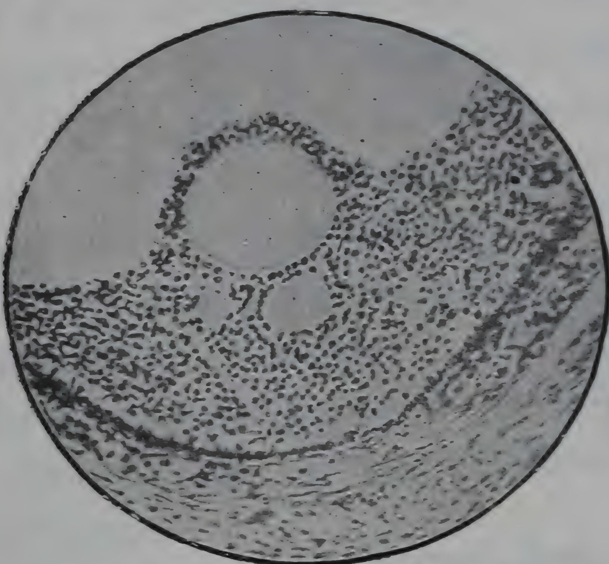
جس میکانیہ سے ایسا ہوتا ہے اس کا ذکر سٹریسمین (Strassmann) نے کیا ہے، اور اس کی تصدیق ڈبلیو شا (W. Shaw) نے کی ہے، اس کا پہلا مرحلہ یہ ہے کہ قرص ولودی (discus proligerus) کا رکمہ (cumulus) اس طرح گھوم جاتا ہے کہ اس کا قاعدہ بیض کی سطح کی طرف آجاتا ہے۔ یہ عمل داخلی غلاف (theca interna) کی تہ کے اُن خلیوں کے تکاثر کے دوش بدوش واقع ہوتا ہے جو

جراب کی جانب پر سطح سے قریب ترین واقع ہوتے ہیں۔ اس طرح داخلی غلاف کے خلیوں کا ایک خانہ ہیکل (stroma) میں گھس جاتا ہے اور سطح کی طرف ایک کم مزاحم رقبہ پیدا کر دیتا ہے۔ لہٰذا ہیکل پہ غلافی خلیوں (thecal cells) کا حملہ اور ذراتیہ کے سرحلہ کے افراز کی وجہ سے جراب کا بڑھتا ہوا تمدد ایسے امور ہیں جو تبویض سے عین پہلے ظہور پذیر ہوتے ہیں اور اس میں سہولت پیدا کرتے ہیں۔ انشقاق سے عین پہلے جراب کی داخلی غلافی تہ (theca interna layer) اور مبیض کی سطح کے درمیان ہیکلی خلیات (stroma cells) حائل نہیں ہوتے۔ ہونے والے انشقاق کا حقیقی محل وقوع جراب کی سطح پر اکثر ایک چھوٹے سے نشیب کی شکل میں دکھائی دیتا ہے۔ اس مقام کو "میسم" (stigma) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے، اور یہ پلازما کی ایک ترویب یافتہ ڈاٹ سے ڈھکا ہوتا ہے جس میں خلیات ابیض (leucocytes) اور چند ایوسین پسند (eosinophile) خلیے موجود ہوتے ہیں (شکل ۴۴)۔ داخلی غلافی تہ میں اب شعری عروق کی رسد بہت کافی مقدار میں پائی جاتی ہے، مگر ذراتی تہ بالکل عدیم العروق ہوتی ہے۔ 44

انشقاق کے وقت خالی جراب میں طبعی طور پر کوئی نزف واقع نہیں ہوتا، اور اس کے فوراً بعد یہ پلازما کی ڈاٹ اور ذراتی تہ کے برون گردیدہ حاشیوں کے اقتراب کی وجہ سے بند ہو جاتا ہے۔ میسم (stigma) یا تو ذراتیہ کے خلیوں کی بیش پرورش سے جو جسم اصفر (corpus luteum) کے نمو میں واقع ہوتی ہے، یا مبیضی قشرہ کی اتصالی بافت کے خلیوں کے نمو سے مستقل طور پر مختوم ہو جاتا ہے۔ اگر تبویض سے قبل داخلی غلاف (theca interna) میں زخمی نزف واقع ہو جائے تو میسم (stigma) اندر کی طرف رہتا ہے اور منعقدی فائبرین (fibrin) کی ڈاٹ سے بند رہتا ہے۔ غیر طبعی تبویض کی تفصیلات کا مزید ذکر غلافی (Thecal) اور غلافی لیوٹینی دویروں (Theca-lutein cysts) اور دموی سلعات (Hæmatomata) " کے تحت کیا گیا ہے (دیکھو صفحہ 672,662)۔

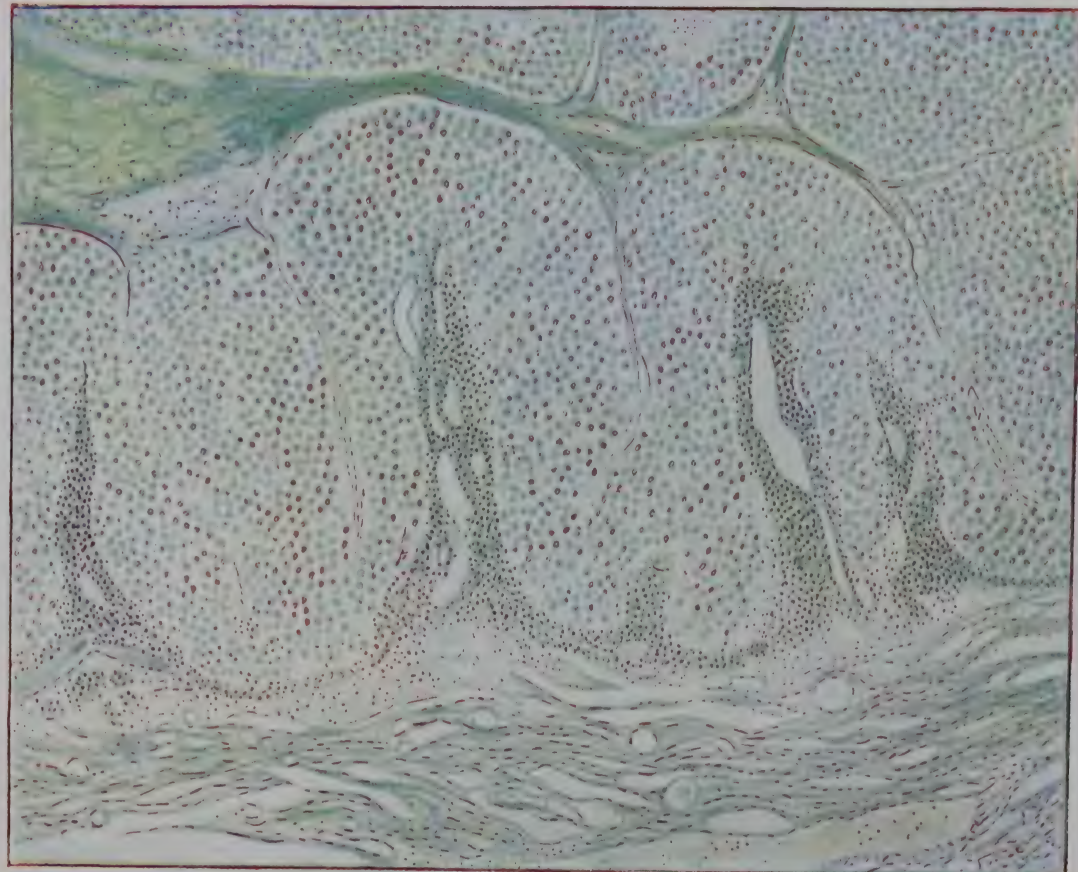
یہاں یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ پیرانہ مبیضوں کی سطح کی بے قاعدگی اور ان کے معروف و مشہور نشیب اور میزابات قشرہ کے تبویضی ندبات کا نتیجہ نہیں ہوتے۔ یہ منظر لب (medulla) کے عروق کے سکڑنے اور ان کے ذبول سے، اور اس عضو کی تمام جسامت میں تخفیف واقع ہونے سے درآنحالیکہ پردۂ ابیض (tunica albuginea) استوار رہتا ہے، پیدا ہوتا ہے۔ پیرانہ سالی میں مبیض عمر کے دوسرے حصوں کی نسبت چھوٹا ہوتا ہے، اور اس کی بستگی سخت ہوتی ہے، اور یہ

سفید اور شکن دار ہوتا ہے کیسی سر حلمہ (capsular epithelium) کا منظاہرہ بعض اوقات



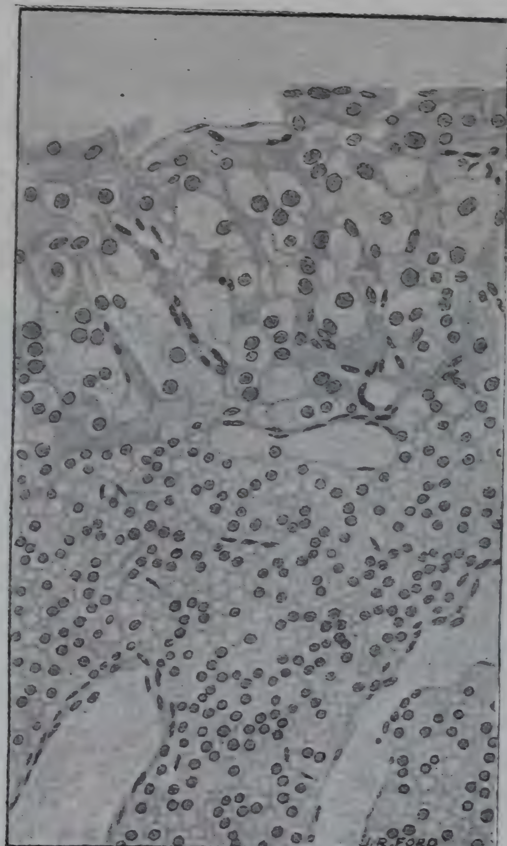
شکل ۳۵ ا ۔ جوان گرافی جراب کی تراش جو قرص ولودی اور بیضہ کو ظاہر کرتی ہے۔
اس عکسی تصویر کی دائیں جانب پر "کال اور ایکسنر کے اجسام" کی ایک قطار دکھائی دیتی
ہے۔ ذراتی اور داخلی غلافی تہوں کے درمیان ایک واضح الحدود خط فصل دکھائی دیتا ہے
(ڈبلیو شا)۔

45 بوڑھی عورتوں میں بھی کیا جا سکتا ہے۔ ان میں خلیے مکعبی ہونے کی بجائے چپٹے ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۳۵ا)
جسم اصفر (corpus luteum)۔ پختہ جراب کو انشقاق کے وقت سے نوخیز
جسم اصفر (early corpus luteum) کے نام سے موسوم کیا جا سکتا ہے۔ اس وقت جراب کا
استر ذراتیہ کے خلیوں (granulosa cells) سے بنا ہوتا ہے جس کے باہر کی طرف (۱) شعری عروق
کا ایک جال اور (۲) دانہ دار سر حلمہ نما خلیوں یعنی غلافی لیوٹینی خلیوں (theca-lutein cells)
کا ایک منطقہ ہوتے ہیں۔ یہ خلیے داخلی غلاف (theca interna) سے پیدا ہوتے ہیں۔ پختگی کے
آئندہ درجہ میں ذراتیہ کے خلیوں (granulosa cells) بڑے بڑے کثیر السطوح خلیوں ("حقیقی"
لیوٹینی خلیوں: true-lutein cells) میں تبدیل ہو جاتے ہیں (دیکھو شکل ۳۵ ب)، اور



اس جسم اصفر (Corpus Luteum) میں (۱) بڑے بڑے ذراتیتی لیوٹینی خلیات (Granulosa Lutein Cells) کے تلافیف' اور (۲) چھوٹے چھوٹے غلافی لیوٹینی خلیات (Theca-lutein Cells) (نزدلیوٹینی خلیات :Para-lutein Cells) دکھائی دیتے ہیں۔ موخرالذکر قبل الذکر کے شکنوں کو گھیرے ہوئے ہیں' اوران کے درمیان گچھوں یا فواصل کی شکل میں بھی موجود ہیں۔ غلافی لیوٹینی خلیات داخلی غلاف یا عرقی پردہ سے پیدا ہوتے ہیں۔ (ڈبلیو شا۔)

پختہ جراب کا تقریباً تمام جسم انہی سے بنا ہوتا ہے۔ بالفاظ دیگر لیوٹینی خلیہ (lutein cell) تشریحی نقطۂ نظر سے ذراتیہ کے خلیہ کا متناظر ہوتا ہے۔ یہ صرف نمو کا ایک آئندہ درجہ ہے جیسا کہ ریزینی خلیہ



ا
لیوٹینی خلیات

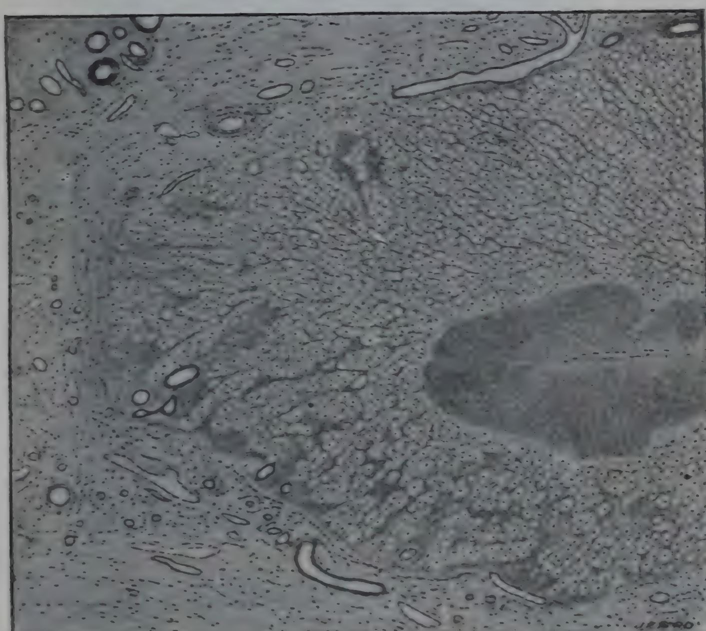
ب
داخلی غلاف کے خلیات

شکل ۳۵ ب۔ نوعمر جسم اصفر (ڈبلیو نتا کے مطابق) جس میں بڑے بڑے کثیر السطح حقیقی لیوٹینی خلیات ذراتیہ کے خلیات سے پیدا ہوتے دکھائی دیتے ہیں۔ ان بڑے بڑے خلیوں کا رنگ، ان میں ایک شحمی یا لپائڈز رنگوں کے جو "لیوٹین" کہلاتا ہے، مطروح ہو جانے سے زرد ہو جاتا ہے۔ داخلی غلاف کے خلیات (ب) زیادہ چھوٹے ہیں اور ذراتیہ کے خلیوں سے واضح طور پر ممیز ہیں۔

(decidual cells) ایک تخصیص یافتہ دروں رحمی ہیکلی خلیہ (endometrial storma cell)

ہے۔

غشائی لیوٹینی یا نزد لیوٹینی خلیوں (theca-lutein or para-lutein cells) سے
جن کا ذکر پہلے پہل فان ڈر سٹرشٹ (Van der Stricht) نے کیا تھا، لیوٹینی خلیوں کے محیط پر
ایک باریک تہ بن جاتی ہے۔ یہ خلیے موخر الذکر سے جسامت میں چھوٹے ہوتے ہیں اور ان کے تلوینی
خواص مختلف ہوتے ہیں (ٹوارٹس نیوٹرل ریڈ، لائٹ گرین منہج (Twort's neutral red
light green method: - یہ داخلی غلاف (theca interna) سے مشتق ہوتے ہیں، 46
اور ان کے تکاثر کے دوران میں ان کے گچھے اور دہاز بن جاتے ہیں جو جراب کے درونہ میں فواصل کی
شکل میں ابھر آتے ہیں، جو لیوٹینی خلیوں کے ستونوں کے درمیان جو خود بھی اس وقت متکاثر ہوتے ہیں



شکل ۳۶ - متعضی جسم اصفر (ولفریڈ شا کے مطابق) جو ذراتیتی (حقیقی) لیوٹینی خلیات کے ایک وسیع منطقہ کو ظاہر کرتا ہے۔

حائل ہوتے ہیں۔ بڑے بڑے ذراتیتی لیوٹینی خلیات (granulosa-lutein cells) کا جو تعلق نزد لیوٹینی خلیہ (para-lutein cells) یا غلافی خلیوں (theca cells) سے ہے وہ صفحہ ۲ میں

دیکھا جاسکتا ہے۔ اس طرح دونوں قسموں کے لیوٹینی خلیے تلافیف میں پائے جاتے ہیں، لیکن چھوٹے نزد لیوٹینی یا غلافی لیوٹینی خلیوں (para-or theca leutein cells) کی تعداد بہت کم ہوتی ہے، اور تقریباً تمام کہفہ "حقیقی" لیوٹینی خلیوں سے پر ہوتا ہے جو ذراتیہ (granulosa) سے مشتق ہوتے ہیں۔

ولفریڈ شا (Wilfred Shaw) نے حال ہی کے انشقاق یافتہ جراب سے جسم اصفر کے نمو کا مفصل بیان قلمبند کیا ہے۔ شا (Shaw) کا اولین نمونہ انشقاق کے ایک یا دو دن کے اندر اندر (گذشتہ ماہواری ایام کی ابتدا کے چودھویں اور سترھویں دن کے درمیان) حاصل کیا گیا تھا۔ اس نمونہ میں ذراتیتی لیوٹینی خلیوں (granulosa-lutein cells) یعنی حقیقی لیوٹینی خلیوں میں ابھی تکاثر جاری تھا (شکل ۳۵ ب)، جس سے یہ ظاہر ہوتا تھا کہ بیضی خلیہ ابھی ابھی خارج ہوا ہے۔ گذشتہ ماہواری ایام کی ابتدا کے انیسویں دن حقیقی لیوٹینی خلیوں کا تکاثر درجۂ اعظم تک پہنچ جاتا ہے (شا: Shaw)، اور ان سے ایک خاکستری جسم طیار ہوتا ہے جس میں (۱) ایک چھوٹا سا کہفہ ہوتا ہے جس کا استر (۲) ایک تلفیف دار منطقہ (convoluted zone) کا ہوتا ہے جو بڑے بڑے صاف کثیر السطوح خلیوں سے مرکب ہوتا ہے، اور یہ خلیے عروق شعریہ کے ایک جال؛ اور (۳) غلافی لیوٹینی خلیوں (theca-lutein cells) کے (جو کیسہ کے داخلی عرقی طبقہ سے حاصل ہوتے ہیں) ایک منطقہ سے محصور ہوتے ہیں (دیکھو صحفہ ۲)۔

تقریباً تمام جسم اصفر حقیقی لیوٹینی خلیوں کے تلافیف سے مرکب ہوتا ہے، اور غلافی خلیوں (theca cells) سے صرف ایک باریک محیطی منطقہ ہی بنتا ہے جو اندر کی طرف ابھر جاتا ہے، اور تلافیف کے بننے میں مدد دیتا ہے۔ ابتدائی مدارج میں جسم اصفر لازمی طور پر ایک دویری ساخت ہوتا ہے، جس میں ان سرحلمی خلیوں کا نیم شفاف افراز موجود ہوتا ہے جو اس بے قاعدہ کہفہ کا استر ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۳،)۔ طبعی حالت میں اس کہفہ میں خون کی وریزش نہیں ہوتی۔ تاوقتیکہ رجعت واقع نہیں ہوجاتی یہ اس میں موجود نہیں ہوتا اور جب یہ واقع ہوجاتی ہے تو یہ کہفہ میں بالعموم پایا جاتا ہے۔ 47

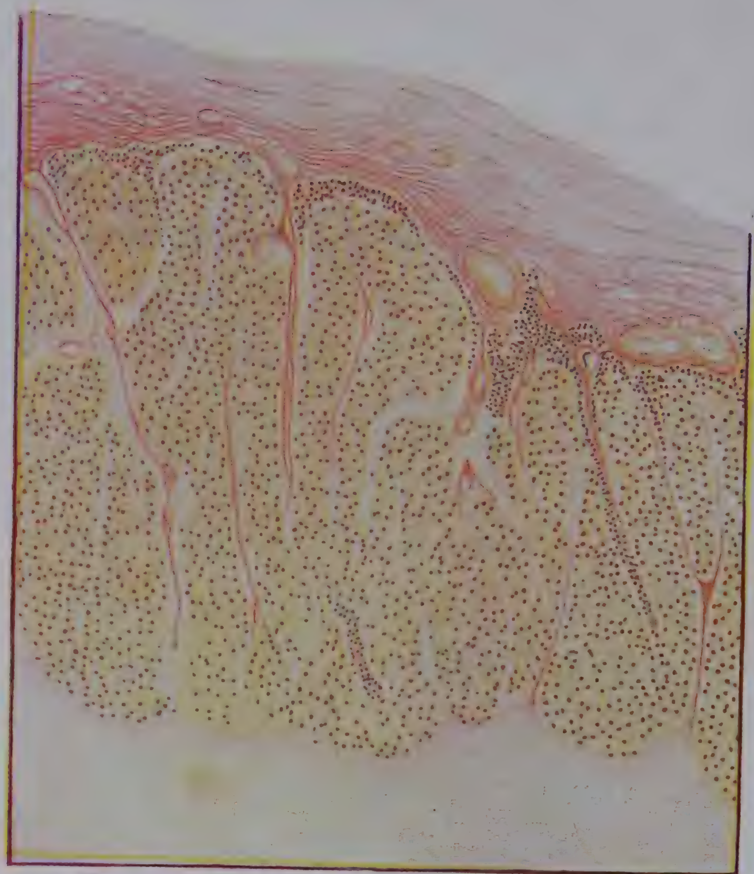
پختہ جسم اصفر دور حیض کے انیسویں دن سے لیکر اکیسویں دن تک (اگر گذشتہ ماہواری ایام کے پہلے دن سے شمار کیا جائے، شا) برقرار رہتا ہے۔ اٹھائیسویں دن یعنی آئندہ ماہواری ایام کے پہلے دن اس میں انحطاط شروع ہوجاتا ہے۔

جسم اصفر کا انحطاط (Degeneration of the Corpus Luteum) اس جسم میں بیضی خلیہ کے بار آور نہ ہونے کی وجہ سے انحطاط واقع ہوتا ہے۔ اگر بیضی خلیہ بار آور ہوجائے تو ایسا نہیں ہوتا۔ انحطاط کا عمل مندرجۂ ذیل ہے:۔ پہلے نزد لیوٹینی (para-lutein) خلیوں میں اور پھر حقیقی لیوٹینی خلیوں میں شحمی انحطاط (fatty degeneration) ظاہر ہوتا ہے۔ اور ساتھ ہی تلافیف کی تہوں کے درمیان زجاجی شے (hyaline substance) مطروح ہوجاتی ہے۔ جسم اصفر کے انحطاط کی ابتدا کے وہ خواص جو برہنہ آنکھ سے دکھائی دیتے ہیں لیوٹینی خلیوں میں لپائڈ لون (lipoid pigment) کے فراہم ہونے کی زیادتی پر محمول ہیں، کیونکہ اسی سے تلافیف کی ممیز زرد رنگت پیدا ہوتی ہے (دیکھو صفحہ ۳ اور شکل ۳۸)۔ بعدازاں زجاجی مادہ فراہم ہوجاتا ہے۔ اور زرد خلیے مضغوط ہوجاتے ہیں، اور ان میں ذبول پیدا ہوجاتا ہے۔ ان کی جگہ انجام کار سفید غیر شفاف ہیالین کے پیچیدہ بند لے لیتے ہیں جو ایک مرکزی کہفہ کے اردگرد مرتب ہوتے ہیں۔ اس طرح جسم اصفر ایک زجاجی جسم میں جس کا خاکہ پیچیدہ ہوتا ہے منتقل ہوکر ختم ہوجاتا ہے۔ یہ جسم "جسم ابیض" (corpus albicans) کہلاتا ہے۔ ڈبلیو شا (W. Shaw) نے تخمینہ لگایا ہے کہ جسم اصفر کے جسم ابیض میں منتقل ہونے کے لئے سات تا دس ماہ کا عرصہ درکار ہوتا ہے۔ ان اجسام کی موجودگی سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ بیضین میں تبویض (ovulation) بالعموم متبادل ہوتی ہے۔



شکل ۳۷۔ جسم ابیض۔ زرد انحطاط یافتہ لیوٹینی خلیات کی جگہ سفید غیر شفاف زجاجی مادہ پیدا ہوگیا ہے۔

اب تک اس امر کا علم ہوچکا ہوگا کہ انشقاق اور بیضی خلیہ (egg-cell) کا اخراج تکمیل تخمگی کے لئے، یا دوسرے الفاظ میں



انحطاط پذیر جسمِ اصفر **(Degenerating Corpus Luteum)** (ڈبلیو شا)

جس میں صادق لیوٹینی خلیوں کا مثالی زرد رنگ دکھائی دیتا ہے۔ یہ زرد رنگ اول اول
جسمِ اصفر کی پختگی کے درجہ میں نمودار ہوتا ہے، مگر اس کے انحطاط کے دوران میں یہ نہایت
نمایاں ہوتا ہے۔

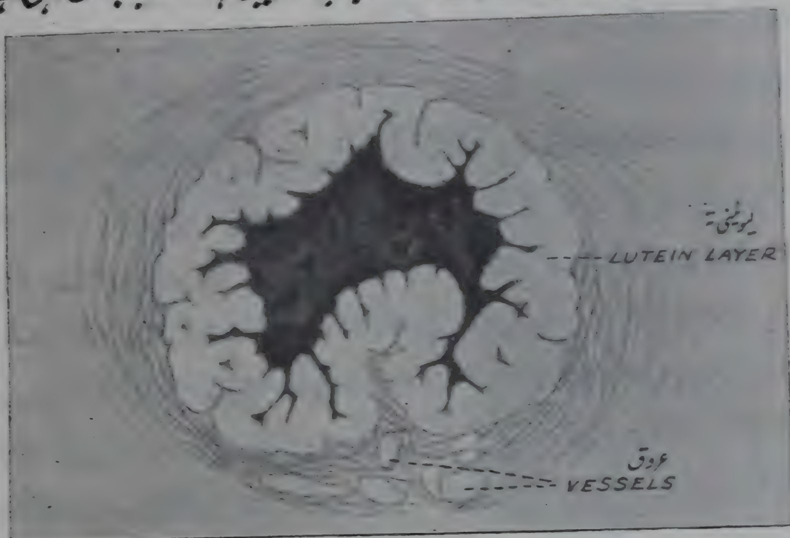
مقابل صفحہ ۱۲

ذراتیہ کے خلیوں (granulosa cells) کے حقیقی لیوٹینی خلیوں (lutein cells) میں تبدیل ہونے کے لئے لازمی ہے۔ بے انثقاب (atresic) جرابوں میں جو کبھی منشق نہیں ہوتے غلافی لیوٹینی خلیے (theca-lutein cells) بن جاتے ہیں۔ لیکن ذراتیہ (granulosa) بجائے اس کے کہ اس سے "حقیقی" لیوٹینی خلیے طیار ہوں ٹکڑے ٹکڑے ہو کر بیضی خلیہ کے ساتھ ہی غائب ہوجاتا ہے، اور ایک چھوٹا سا دویرہ باقی رہ جاتا ہے جس کی دیواروں کے اندر کی طرف زجاجی مادہ کے ایک ورقہ، اور غشائی لیوٹینی خلیوں کے ایک منطقہ کا استر ہوتا ہے۔ یہ ساخت جو اس طرح طیار ہوتی ہے اور بالغ بیضوں میں بالعموم موجود ہوتی ہے "بے انثقاب جسم" (corpus atreticum) کہلاتی
48 ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد زجاجی بند تیلے ہوجاتے ہیں اور کیسیک میں ہبوط واقع ہوجاتا ہے اور کہفہ منطمس ہوجاتا ہے۔ انحطاط پذیر بے انثقاب جراب کی اس ہئیت کا نام ایشاف (Aschoff) نے "جسم سفید" (corpus candicans) رکھا ہے۔ اس قسم کی بے انثقاب ساختیں جو بہت چھوٹے چھوٹے جرابوں سے یا ابتدائی بیضوں (primordial ova) سے بھی پیدا ہوتی ہیں، اور بچوں کے بیضوں میں سن بلوغ سے پہلے موجود ہوتی ہیں، "حبلی الشکل اجسام" (corpora restiformia) کی اصطلاح سے تعبیر کی جاتی ہیں۔ یہ جسم اسی طرح پیدا ہوتے ہیں جس طرح بالغ عورتوں میں بے انثقاب جسم (corpus atreticum) اور جسم سفید (corpus candicans) پیدا ہوتے ہیں۔ امراضیاتی صورت حالات کے تحت، اور خاص کر ان بیضوں میں جو حوضی التہابی ضربات اور رحمی لیفی عضلی سلعات (uterine fibromyomata) کے مریضوں سے علیحدہ کئے جاتے ہیں، جراب مہبوط نہیں ہوتا۔ یہ ایک زجاجی بافت سے بھر جاتا ہے جو ایک ورقہ سے حاصل ہوتی ہے جو طبعی طور پر داخلی غلاف (theca interna) اور انحطاط یافتہ ذراتیہ کے درمیان پیدا ہوجاتا ہے، اور "شیشہ نما غشا" (glass membrane) کہلاتا ہے۔ اس طرح جو سخت جسم بن جاتا ہے اس کا نام سیٹز (Seitz) نے "لیفی جسم" (corpus fibrosum) رکھا ہے، اس کا وجود تندرست مبیض کا خاصہ نہیں۔

مبیض کے رخنی خلیے (The Interstitial Cells of the Ovary)۔

ادنی پستانیوں میں مبیض کے رخنی (ہیکلی) خلیے انسانی مبیض کے انہی خلیوں کی نسبت زیادہ عظیم الجسامت اور کثیر التعداد ہوتے ہیں، اور ان کی فعلیاتی اہمیت غالباً معتد بہ ہے (دیکھو مبیض کی فعلیات صفحہ 96,92)۔ ان خلیوں کی اصل مدت سے متنازع فیہ رہی ہے۔ ڈبلیو شا (W. Shaw)

نے انسانی مبیض میں ان کا کسی قدر تفصیل سے مطالعہ کیا ہے، اور یہ نتیجہ نکالا ہے کہ یہ ہمیشہ داخلی غلاف (theca interna) کے خلیوں سے مشتق ہوتے ہیں جو خواہ بے انثقاب ہو یا دوسری قسم کا۔ یہ خلیات انسانی مبیضوں میں درونِ رحمی زندگی کے متاخر حصہ سے لیکر انقطاع الطمث تک موجود ہوتے ہیں، اور دورانِ حمل میں ان کی پیدایش ان جرابوں سے جو پختہ نہیں ہوتے غالباً جاری رہتی ہے۔ یہ خیال

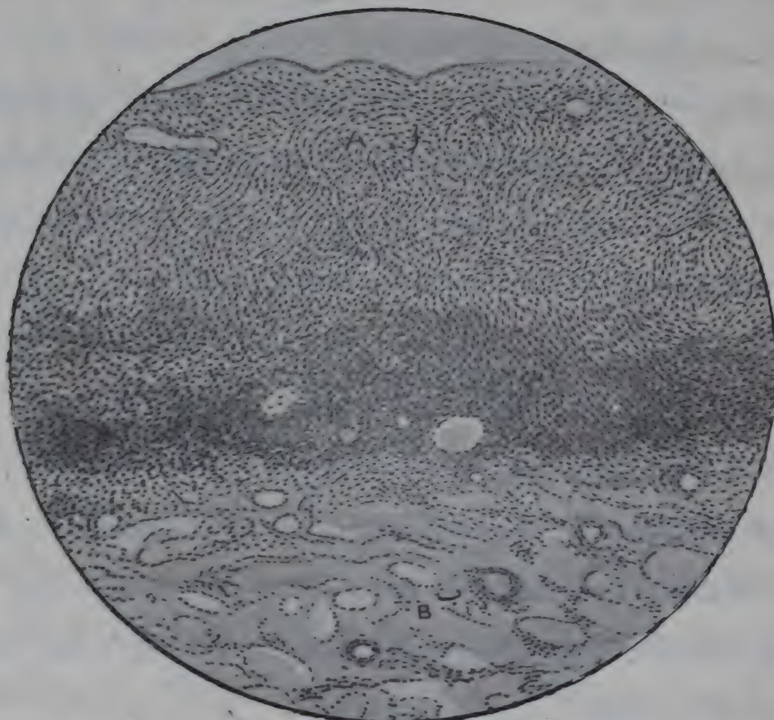


شکل ۳۸۔ رجعتی جسم اصفر جس میں خون کا ایک چھوٹا سا تھکا موجود ہے۔

پیش کیا گیا ہے کہ نزد لیوٹینی (para-lutein) (داخلی غلافی) خلیات سے، جو ہیکل میں مرکز گریز طریقہ پر منتشر ہوتے ہیں، اور بلحاظ شکلیات اسی سے تعلق رکھتے ہیں، غالباً ایک ہارمون (hormone) پیدا ہوتا ہے جو عورت کے عمومی احساسِ صحت پر اثر انداز ہوتا ہے۔ بخلاف اس کے اس امر میں بھی کوئی شبہ معلوم نہیں ہوتا کہ افعال حیض و تولید کو کلاں حقیقی لیوٹینی خلیے منضبط رکھتے ہیں، جو ذراتیہ کے خلیوں (granulosa cells) سے مشتق ہوتے ہیں، اور جن پر جسم اصفر کا بہت سا حصہ مشتمل ہوتا ہے۔

زندگی کے مختلف حصوں میں مبیض کی حالت ۔ یہ پہلے بھی ظاہر کیا جا چکا ہے کہ زندگی کے مختلف حصوں میں مبیض کی ساخت مختلف ہوتی ہے۔ چنانچہ زمانۂ طفولیت میں یہ ہموار اور ٹھوس ہوتا ہے، اور خردبین امتحان کرنے پر اسمیں کثیر التعداد ابتدائی جراب (primordial follicles)

دکھائی دیتے ہیں، جن میں سے بعض مکمل طور پر اور چند ناقص طور پر پختہ ہوتے ہیں۔ جیسا کہ سٹیونس (Stevens) نے ثابت کیا ہے ان جرابوں میں سے کوئی ایک منشق نہیں ہوتے۔ زمانۂ بلوغ میں مبیض کی جسامت بڑی اور اس کی رنگت گلابی یا موتی کی سی سفید ہوتی ہے۔ اس میں اکثر اوقات کئی ایک چھوٹے چھوٹے دویرے بھی موجود ہوتے ہیں جو سطح پر ابھرے ہوتے ہیں۔ خردبین سے اس میں نئے



شکل ۳۹۔ ۵۶ سال کی عمر کی عورت کا مبیض۔ ا۔ قشرہ۔ ب۔ لُب۔ گرافی جراب بالکل غائب ہو گئے ہیں۔ قشرہ میں لیفی بافت کی بہت بڑی مقدار موجود ہے۔ کیسی سر حلمہ مکعبی ہونے کی بجائے چپٹا ہو گیا ہے۔

یا پرانے اجسامِ اصفر کے علاوہ کثیر التعداد مکمل جراب نظر آتے ہیں جو پختگی کے مختلف مدارج میں ہوتے ہیں۔ نیز ہیکل بہت زیادہ خلوی ہوتا ہے۔ سن رسیدہ عورتوں میں مبیض دوسرے حصص زندگی کی نسبت چھوٹا ہوتا ہے، اور اس کی بستگی سخت ہوتی ہے، اور یہ سفید اور شکن دار ہوتا ہے۔ خردبین سے

امتحان کرنے پر اس میں جراب نظر نہیں آتے، بلکہ زجاجی رقبے (hyaline areas) دکھائی دیتے ہیں جو اجسام ابیض (corpora albicantia) کے قائم مقام ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۳۷) اور ساتھ ہی بے انثقاب جرابوں (atresic follicles) کے باقی ماندہ حصے مثلاً جسم سفید (corpus candicans) اور لیفی جسم (corpus fibrosum) بھی دیکھنے میں آتے ہیں۔ ہیکل زیادہ تر لہردار لیفی بافت پر مشتمل ہوتا ہے جو بخوبی نمو یافتہ ہوتی ہے، اور شریانوں کی دیواروں میں یا تو دبازت پائی جاتی ہے اور یا شریانی درونہ کے التہاب (endarteritis) کی وجہ سے یہ مکمل طور پر منطمس پائی جاتی ہیں۔ کیسی سرحلمہ (capsular epithelium) کا وجود بعض اوقات سن رسیدہ عورتوں میں بھی ثابت کیا جا سکتا ہے، ان میں خلیے مکعبی ہونے کی بجائے تقریباً چپٹے ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۳۹)۔

مہبل 50

(THE VAGINA)

مہبل سے تناسلی قنال کا زیر ترین قطعہ بنتا ہے، اور یہ عنق کے مہبلی حصہ سے لیکر فرج تک پہنچتی ہے۔ اس کا تقریباً تمام ممر فرش حوض میں واقع ہوتا ہے، اسلئے یہ کہفۂ حوض کے باہر ہوتی ہے۔ طبعی طور پر اس کی مقدم اور موخر دیواریں ایک دوسری سے متماس ہوتی ہیں، اور اس لئے اس کا درونہ ایک مستعرض یا کسی قدر ایچ (H) کی شکل کی جھری کا ہوتا ہے جو وسط کی نسبت اطراف پر زیادہ فراخ ہوتی ہے۔ حالت تمدد میں یہ تقریباً اسطوانہ نما ہو جاتی ہے۔ مہبل کا عمومی رخ اوپر سے نیچے کی اور آگے کی طرف کو ہوتا ہے، اور سامنے کی طرف ایک خفیف سا انقعار ہوتا ہے، جس کی وجہ سے پچھلی دیوار اگلی دیوار کی نسبت کسی قدر لمبی ہوتی ہے۔ یہ بالترتیب ۴ انچ اور ۳ انچ ہوتی ہیں۔ اس کے ارد گرد عرقی التہابی بافت کا ایک غلاف موجود ہوتا ہے جس میں سادہ عضلہ کے کچھ ریشے ہوتے ہیں۔ یہ غلاف عدیم الولادت عورت میں صاحب ولادت عورت کی نسبت زیادہ دبیز ہوتا ہے۔ مہبل کی بالائی انتہا کو جو عنقی مہبلی اتصال کی وجہ سے مسدود ہوتی ہے اکثر اوقات "سقف" (roof) کہا جاتا ہے۔ چونکہ عنق مہبل کی مقدم دیوار کی بالائی انتہا میں سے قنال مہبل کے مرکز تک تطلیل کرآتی ہے اس لئے یہ اس کو کسی حد تک مرکس کر دیتی ہے۔ عنق کے گرداگرد مہبلی دیوار محراب دار یعنی مقعر ہوتی ہے، اور اس کے چار حصے تمیز کئے جا سکتے ہیں جن کو فرداً فرداً اگلا، پچھلا، دایاں اور بایاں مہبلی قبوہ (vaginal fornix)

کہا جاتا ہے۔ ان میں سے پچھلا قبوہ سب سے زیادہ گہرا اور سب سے زیادہ کشادہ ہوتا ہے۔ اگلا سب سے زیادہ اتھلا ہوتا ہے، اور جانبی قبوؤں کی گہرائی متوسط ہوتی ہے۔ پچھلے قبوہ کے عین پیچھے اور اوپر ڈگلس کی جیب (pouch of Douglas) اور اگلے قبوہ کے عین اوپر مثانہ واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱ و ۲)۔ جانبی قبوے خلوی بافت کے ان تودوں سے متماس ہوتے ہیں جن سے عریض رباط کے قاعدے پر مشتمل ہوتے ہیں۔

مہبل کی زیرین انتہا دہنہ (ostium) یا مولج مہبل (introitus vaginæ) پر فرج (vulva) کے ساتھ مسلسل ہوتی ہے اور اس تناسلی قنال کو جو رحم کے فم خارجی سے لیکر مولج مہبل تک چلی جاتی ہے عموماً "زیرین تناسلی خطہ" کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ باکرہ میں دہنہ مہبل (ostium vaginæ) پردۂ بکارت (hymen) سے جو فرجی مہبلی مقام اتصال کو ظاہر کرتا ہے جزوی طور پر مسدود ہوتا ہے۔ صاحب ولادت عورت میں فرج اور مہبل کے درمیان کوئی واضح اور معین برزخ نہیں ہوتا۔ اور پردۂ بکارت کا بہت سا حصہ غائب ہو چکا ہوتا ہے۔ مہبل کا مدخل شفرتین کے اقتراب کی وجہ سے قاعدۃً پوشیدہ ہوتا ہے مگر جب عجانی جسم (perineal body) کو بہت سا ضرر پہنچ چکا ہو تو اس کا نچلے کا سرا کھلا رہتا ہے۔ سن رسیدہ عورتوں میں اس حالت میں زیادتی پائی جاتی ہے، اور اس سے صعودی سرائت کی تائید ہوتی ہے۔

مہبل کی مقدم دیوار کا بالائی نصف حصہ مثانہ کے قاعدہ سے علاقہ پیدا کرتا ہے۔ اور اس کے زیرین نصف حصہ کے ساتھ مبال مضبوطی سے پیوستہ ہوتا ہے۔ مثانہ کو مہبل سے عام طور پر بآسانی علیحدہ کیا جا سکتا ہے، کیونکہ ان کے درمیان اتصالی بافت اور عضلی طبقے واقع ہوتے ہیں۔ مہبل اور مثانہ کے درمیان جو عضلی تختہ حائل ہوتا ہے وہ عانی عنقی عضلہ (pubo-cervicalis muscle) سے بنا ہوتا ہے جس سے اس ساخت کا مرکزی حصہ بنتا ہے جسے بونی (Bonney) مقدم "عانی شلف" (pelvic shelf) کے نام سے تعبیر کرتا ہے اور اس نے گرد مہبلی اتصالی بافت میں ایک عضلی تختہ کا ذکر کیا ہے جو عنق اور مستعرض عنقی رباطوں (transverse cervical ligaments) سے لیکر مہبل کے وسطی اور زیرین تہائی حصوں کے مقام اتصال تک پہنچتا ہے۔ مہبلی پیچیدگیوں کی جو اہمیت رحم کو طبعی وضع میں قائم رکھنے کے سلسلہ میں ہے اس پر پہلے ہی زور دیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 29)۔ مبال کے زیرین دو تہائی حصے مہبل کی دیوار کی بیرونی تہوں سے مضبوطی سے مربوط ہوتے ہیں۔ اور ان کو محض کاٹ کر ہی علیحدہ کیا جا سکتا ہے۔ مہبل کی موخر دیوار کا

بالائی ایک تہائی حصہ ڈگلس کی جیب کے فرش سے (دیکھو شکل ۱)، اور وسطی ایک تہائی حصہ مستقیمی انتفاخ (rectal ampulla) سے، اور زیرین ایک تہائی حصہ عجانی جسم (perineal body)
51 سے تعلق رکھتا ہے۔ طبعی حالات میں مذکورہ دیوار ان جملہ ساختوں سے خلوی بافت کی ایک تہ سے علیحدہ ہوتی ہے۔ صاحب ولادت عورتوں میں قبالتی دریدگیوں (obstetric lacerations) کے بعد خلوی بافت کے سرائت زدہ ہوجانے سے مستقیمی اور مہبلی دیواریں بعض اوقات آپس میں مضبوطی سے متحد ہوجاتی ہیں۔ حالبین جانبی اور مقدم قبووں کے ساتھ قریبی علاقہ رکھتے ہیں (دیکھو شکل ۶)۔ ان کے دبازت یافتہ ہوجانے کی حالت میں جیسا کہ تدرنی مرض (tuberculous disease) میں ہوتا ہے، ان کا اس محل پر جس کیا جاسکتا ہے۔ رحمی اور مہبلی شریانیں بھی مہبل کی جانبی دیواروں کے بالائی حصہ کے نزدیک سے گذرتی ہیں، اور یہاں انکا نبضان اکثر اوقات صاف طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔

عدیم الولادت عورتوں میں مہبل کی مقدم اور موخر دونوں دیواروں کی مخاطی سطحوں کو متعرض شکن یا اساریر (rugæ) عبور کرتے ہیں جو مقدم دیوار کے زیرین ایک تہائی حصہ پر نمایاں ترین ہوتے ہیں۔ مکرر ولادتوں کے بعد یا بوجہ سقوط (prolapse) تنیدہ ہوجانے کے باعث یہ مکمل یا جزوی طور پر منطمس ہوجاتے ہیں۔ بعض حالتوں میں مقدم اور موخر دونوں دیواروں پر ایک وسطی حید (ridge) انتصابی رخ میں گذرتا ہے، جو وسطی مہبلی ستون (median vaginal column) کے نام سے موسوم ہے۔ جنین میں بالغ عورت کی نسبت متعرض شکن زیادہ واضح اور زیادہ کثیر التعداد ہوتے ہیں، اور وسطی مہبلی ستون خوب نمایاں ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۴۸ صفحہ 63)۔

ساخت۔ مہبلی دیوار تین تہوں پر مشتمل ہوتی ہے۔ (۱) سرحلمہ (epithelium)، (۲) تحت سرحلمی اتصالی بافت (sub-epithelial connective tissue)، (۳) عضلہ (دیکھو شکل ۴۹)۔

مہبلی سرحلمہ طبقہ دار قشری (stratified squamous) قسم کا اور جلد کے مشابہ ہوتا ہے، اور اس میں تین تہیں تمیز کی جاسکتی ہیں۔ سب سے گہری تہ قصیر القامت ستونی خلیوں (low columnar cells) کی ایک یا دو قطاروں پر مشتمل ہوتی ہے جن میں ایک ایک بڑا سا نوات ہوتا ہے۔ ان کے اوپر مثالی "خاردار" خلیوں (prickle cells) کی کئی ایک تہیں واقع ہوتی ہیں۔ ستونی تہ کے قریب یہ خلیے چھوٹے چھوٹے اور ایک دوسرے میں ٹھنسے ہوتے ہیں۔ اور

سطح کے نزدیک یہ بڑے بڑے اور کثیر الاضلاع ہوتے ہیں اور ان کے درمیان زینے ہوتے ہیں جو قریبی خلیوں کے زائدوں کے اتحاد سے بنتے ہیں۔ سطحی تہیں چپٹے خلیوں پر مشتمل ہوتی ہیں جن میں ہر ایک میں چند نوات پائے جاتے ہیں اور ان کا خاکہ واضح نہیں ہوتا۔ گویا یہ وہ خلیے ہیں جن میں قرن نما تغیرات (keratoid changes) رونما ہو چکے ہیں۔ بعض اوقات انحطاط یافتہ خلیوں کی بہت سی تہیں سطح سے علیحدہ ہوتی ہوئی دکھائی دیتی ہیں۔ اس تہ میں کئی ایک خلیے خالیہ دار (vacuolated) ہوتے ہیں۔

مہبل کی غشائے مخاطی میں قاعدۃً کوئی غدد نہیں ملنا چاہئیں لیکن بعض امثلہ میں مختلف مشاہدین نے ابتدائی غدی ساختیں شناخت کی ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ ساختیں ولفی قنات کے زیرین حصہ کے مشتقات سے ہوں، یا التہابی حالتوں میں یہ طبقہ دار سرحلمہ کی قاعدی تہ سے بنجاتی ہوں (دیکھو صفحہ 396)۔ جب یہ موجود ہوتے ہیں تو یہ عام طور پر مہبلی قبووں کے سرحلمہ میں یا اوران کے قرب وجوار میں پائے جاتے ہیں اور عنقِ رحم کے مزمن التہاب کو بالعموم متلازم ہوتے ہیں۔

تحت سرحلمی اتصالی بافت گھنی اور ریشہ دار ہوتی ہے۔ اس میں سے خوب نمایاں اصبعی زائدے نکل کر اوپر کی طرف سرحلمہ کی گہری تہوں میں چلے جاتے ہیں۔ بخلاف اس کے بعض اوقات سرحلمہ کی گہری سطح سے بھی چھوٹے چھوٹے اصبعی زائدے نکل کر تحت سرحلمی بافتوں کے اندر چلے جاتے ہیں۔ یہ زائدے بالخصوص عنق کے مہبلی حصہ میں خوب واضح ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۳۱۱۔ صفحہ 519) اس تہ میں بہت بڑے بڑے عروق ہوتے ہیں۔

عضلی تہ میں زیادہ تر سادہ عضلہ کے مدور ریشے پائے جاتے ہیں۔ ان کے باہر طولی ریشے بھی موجود ہوتے ہیں، لیکن وہ نسبتاً ناقص النمو ہوتے ہیں۔ عضلی دیوار کے باہر کی طرف اتصالی بافت کا ایک ڈھیلا ڈھالا غلاف ہوتا ہے جس میں مہبل کے زیرین ایک تہائی حصہ میں رافعات مبرز (levatores ani) کے ریشے، اور بالائی دو تہائی حصوں میں وہ عضلی ریشے جو رحمی عضلہ کے عضلی ورقہ سے مسلسل ہوتے ہیں، پائے جاتے ہیں۔ مہبلی شریانیں اور ان کی رفیق وریدیں بھی اسی ڈھیلے ڈھالے یعنی عضلی 52
غلاف میں سے گذرتی ہیں۔

مہبلی افراز (vaginal secretion)۔ اس کا جزوِ اعظم ایک عبور رشحہ (transudate) ہوتا ہے جو خون اور لمف کے عروق کی سرحلمی تہ سے رس کر باہر نکلتا ہے۔ عنق میں سے بھی کچھ افراز نکل کر اس کے ساتھ مل جاتا ہے۔ خالی آنکھ سے اس کے صفات مختلف نظر آتے ہیں۔ بچوں اور تندرست عدیم الولادت عورتوں میں یہ سفیدی مائل ندفی مادہ کی شکل کا ہوتا ہے جس کا قوام سولیقی (pultaceous) ہوتا ہے۔ قبووں میں یہ خاصکر کثرت سے پایا جاتا ہے،

اور یہاں یہ لخن (smegma) کی طرح کا ہوتا ہے۔ اس کا تعامل خفیف سا ترشئی ہوتا ہے۔ صاحب ولادت عورتوں میں جن میں دہنۂ مہبل (vaginal ostium) فراخ ہوتا ہے اس قسم کا افراز دیکھنے میں نہیں آتا۔ ان میں اکثر یہ رقیق اور زردی مائل سفید ہوتا ہے، اور اس کا تعامل تعدیلی یا قلوی ہوتا ہے۔ خردبین سے امتحان کرنے پر اس میں سرحلی قشرات (epithelial squames)



شکل ۴۴۔ دیوارِ مہبل میں سے طولی تراشش۔ یہ قنال کے بالائی سرے کے قریب سے لی گئی ہے۔

سفید خلیات (leucocytes)، جراثیم، اور خلوی فواضل (cellular debris) پائے جاتے ہیں۔ عورتیں عام طور پر اس کو "سفید رطوبت" (whites) کے نام سے تعبیر کرتی ہیں۔

مہبلی افراز کی جرثومیات ایک متنازع فیہ مسئلہ رہا ہے، لیکن مندرجہ ذیل امور ایک معتد بہ حد تک مسلمہ قرار دے دئے گئے ہیں۔

(۱) بچوں، باکرہ، اور تندرست حاملہ عورتوں کے سفید ندفی، اور ترشی افراز میں ایک نوعی عصیہ پایا جاتا ہے جو ڈوڈرلین (Döderlein) کے مہبلی عصیہ (vaginal bacillus) کے نام سے موسوم ہے۔ یہ عضویہ محض ترشئی وسائط ہی میں پیدا ہوتا ہے، اور جب یہ افراز میں موجود ہو تو اس میں لیکٹک ایسڈ (lactic acid) ہمیشہ پایا جاتا ہے۔ ڈوڈرلین (Döderlein) کا یہ نظریہ تھا کہ یہ عصیہ اپنے دوران نمو میں کسی تخمیری عمل سے ترشہ مذکور کو پیدا کرتا ہے۔ مگر حال ہی میں یہ ثابت
53 کیا گیا ہے کہ یہ شے مہبلی اجتماع الدم (hæmatocolpos) کے مشمولات میں پائی جاتی ہے جو عقیم اور ہر قسم کے عضویوں سے مبرا ہوتے ہیں۔ اس سے بظاہر یہ معلوم ہوتا ہے کہ لیکٹک ایسڈ (lactic acid) جراثیمی عمل کی امداد کے بغیر بھی پیدا ہو سکتا ہے، لیکن ایک بند مہبلی اجتماع الدم (hæmatocolpos) اور کھلی مہبل کے حالات میں اس قدر تفاوت موجود ہے کہ ایک صورت سے حاصل شدہ نتائج کا اطلاق دوسری صورت پر نہیں کیا جا سکتا۔

(۲) بعض اوقات ریم زا عضویے جن میں ناہوابالش نبقات سبحیہ (anaerobic streptococci) (کول برک: Colebrook) بھی شامل ہوتے ہیں بظاہر تندرست عورتوں کے مہبلی افراز میں پائے جاتے ہیں۔ اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ گند پودوں (saprophytes) کی شکل میں موجود ہوتے ہیں، اور تلقیم کرنے پر حیوانوں میں سرائت نہیں پیدا کر سکتے۔

(۳) طبعی افرازِ مہبل غالباً ایک محافظ فعل سرانجام دیتا ہے۔ یہ نبقات (cocci) کی قسم کے ریم زا جراثیم کی، یا تو ان کو تباہ کرنے سے، یا انکی فعالیت پر امتناعی اثر ڈالنے سے مخالفت کرتا ہے۔ مہبلی عصیہ (vaginal bacillus) کے دریافت کنندہ نے اس کو افراز کا ایک فعال محافظ عامل تصور کیا تھا، اور اس کے ساتھ اس نے ایک جرثومہ کش قوت بھی منسوب کی تھی جو افراز کے ترشی تعامل کے برقرار رہنے سے اثر انداز ہوتی ہے۔ اگر افراز میں عصیہ مذکور کی موجودگی کے بغیر لیکٹک ایسڈ (lactic acid) پیدا کیا جا سکے، تو اس نظریہ کی ترمیم ضروری ہوگی۔[1]

---

[1] آر۔ کروک شینک (R. Cruickshank) اور اے۔ شرمین (A. Sharman) نے حال ہی میں بہت ہی ترشی افراز مہبل (جسکا ایچ آئن (H-ion) ارتکاز P_H 4·2—4·7 تھا) اور مہبلی سر حلمہ میں گلائکو جن کی موجودگی کے باہمی تعلق کا مظاہرہ کیا ہے۔ انکی یہ رائے ہے کہ اس کا دارومدار شبق زا ہارمون (Oestrogenic hormone) کا رسد پر ہے، اور اس کے اختلافات کے ساتھ یہ بدلتا رہتا ہے۔ (*Jour. Obst. and Gyn. Brit. Emp.*, 1934, xli., No. 3,369.)

(۳) بعض خاص حالات کے تحت اور بالخصوص جبکہ کسی وجہ سے افراز قلوی ہوگیا ہو موجودہ گند پودی عضویوں کے تجدید قشبیت کا امکان پیدا ہوجاتا ہے، یا یہ بھی ممکن ہوجاتا ہے کہ باہر سے داخل شدہ عضویوں میں نمو اور تولید واقع ہوجائے اور وہ تناسلی خطہ کے بالائی حصہ تک بھی شاید پہنچ جائیں۔ حیض، وضع حمل، اور ابتدائے زمانۂ نفاس کے دوران میں تناسلی خطہ کے غیر معمولی طور پر سرائت زدہ ہونے کے امکان کی توجیہ اسی امر سے ہوتی ہے۔

جرثومیاتی نقطۂ نگاہ سے تناسلی قنال عملی طور پر دو حصوں پر منقسم کی جاسکتی ہے، ایک وہ حصہ جس میں جراثیم ہوتے ہیں، اور دوسرا وہ حصہ جو عقیم ہوتا ہے۔ قبل الذکر ("زیرین تناسلی خطہ") دہلیز (vestibule)، مہبل، اور عنقی قنال کے زیرین حصہ پر، اور موخر الذکر عنقی قنال کے بالائی حصہ، کہفۂ رحم، اور انبوبی دورونوں (tubal lumina) پر مشتمل ہوتا ہے۔ بالائی حصہ کے عقیم حالت میں رہنے کی توجیہ مندرجہ ذیل امور سے ہوتی ہے :- (۱) عنقی قنال میں مخاط کی ایک ڈاٹ (plug) موجود ہوتی ہے جس میں البیومینائڈس (albuminoids) بہت کم مقدار میں موجود ہوتے ہیں، اس لئے وہ خرد عضویوں کے لئے غذا کا کام نہیں دے سکتا۔ (۲) فم داخلی کے لیول پر عنقی افراز میں جو کثیر التعداد سفید خلیات پائے جاتے ہیں وہ جراثیم کے لئے تباہ کن ثابت ہوتے ہیں۔

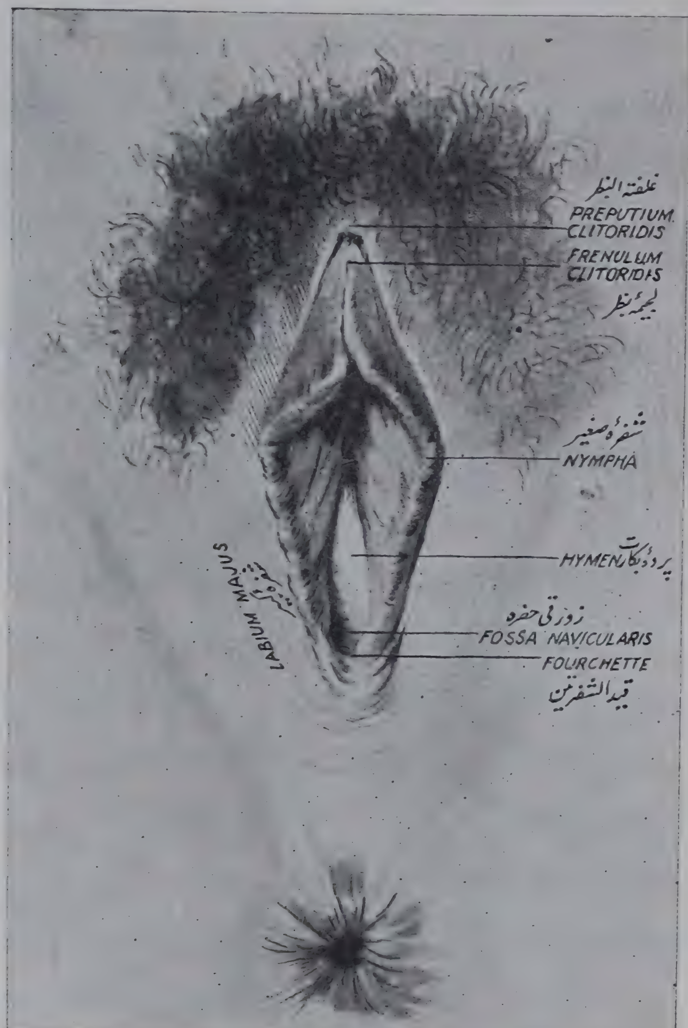
فرج

(THE VULVA)

فرج کے سلسلہ میں مندرجۂ ذیل حصوں کا ذکر کیا جاتا ہے :- جبل زہرہ (mons veneris)، شفرتین کبیر (labia majora)، شفرتین صغیر (labia minora)، بظر (clitoris) معہ غلفہ (prepuce)، دہلیز (vestibule) معہ منفذ بول (urinary meatus)، مہبلی دہنہ (ostium vaginæ)، پردۂ بکارت (hymen) اور عجانی جسم (perineal body)۔

شفرتین کبیر مقدم موخر شکن ہیں جو مخرج (cloaca) کے اطراف پر جلد کے دہراؤ سے پیدا ہوتے ہیں (صفحہ 79)۔ عانہ (pubes) سے پیچھے کی طرف جاکر یہ عجانی جسم کے اطراف پر بتدریج غائب ہوجاتے ہیں۔ مکمل طور پر نمو یافتہ ہونے کی حالت میں یہ زندگی کے محض اس حصہ میں

دیکھنے میں آتے ہیں جو صنفی فعالیت سے متصف ہوتا ہے۔ اس زمانہ میں ان میں تحت جلدی چربی کی ایک
54 بہت بڑی مقدار موجود ہوتی ہے، اور وریدوں کا ایک کثیر العروق ضفیرہ پایا جاتا ہے۔ اس حالت میں



شکل ۴۱ - فرج باکرہ۔ (ایک عکسی تصویر سے)۔

یہ موٹے شکنوں کی شکل کے ہوتے ہیں، اور وسطی خط میں ایک دوسرے سے مقترب ہوتے ہیں۔ اگلی طرف یہ جلد اور زیر جلدی چربی کی ایک گدی میں غائب ہو جاتے ہیں جو عانہ کے اوپر واقع ہوتی ہے، اور

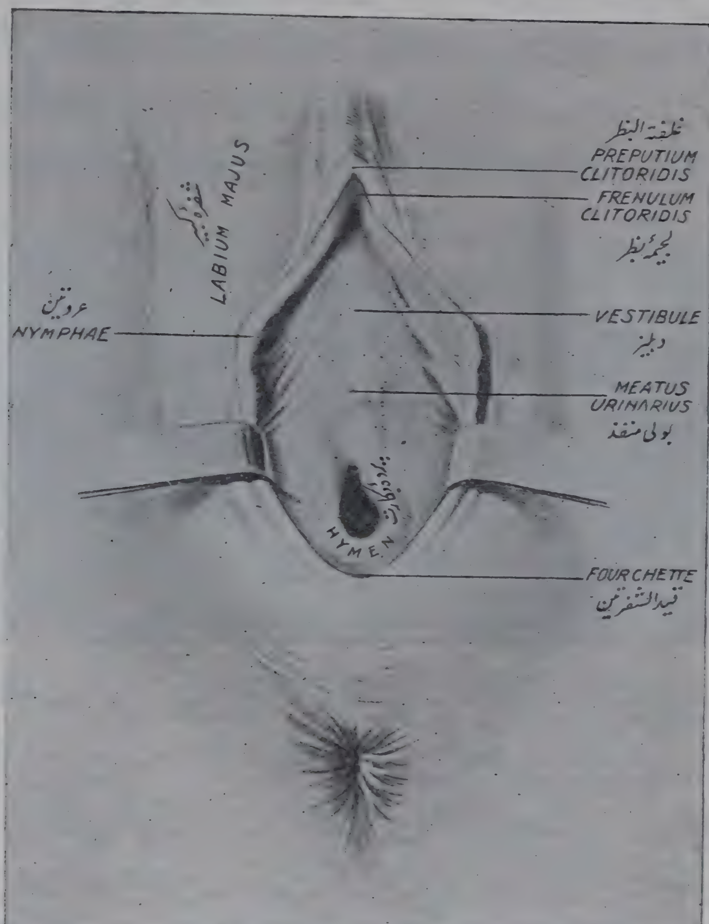
جبلِ زہرہ (mons veneris) کے نام سے موسوم ہے۔ شفرتین کی بیرونی سطح اور تمام جبلِ زہرہ پر بال ہوتے ہیں جو سنِ بلوغ پر پیدا ہوتے ہیں۔ سن یاس کے بعد یہ سفید ہو جاتے ہیں، اور ان کی تعداد کم ہو جاتی ہے۔ بڑھاپے میں یہ تقریباً بالکل غائب بھی ہو جاتے ہیں۔ مشعر رقبہ کی شکل عام طور پر مثلثی ہوتی ہے، اس کا قاعدہ ارتفاق (symphysis) سے نصف انچ اوپر، اور زاویہ راس عجانی جسم پر ہوتا ہے۔ گندمی رنگ کی عورتوں میں بعض اوقات یہ بال شکم کی مقدم دیوار پر ایک تکونے رقبہ کی شکل میں تقریباً ناف تک چلے جاتے ہیں۔ ایسی حالت میں ان کی تقسیم مردانہ طرز کے مشابہ ہوتی ہے۔ اور ان میں اکثر مردانہ مشابہت کے اور نشانات بھی پائے جاتے ہیں (ایڈرینیلیت: adrenalism)۔

بچوں اور بوڑھی عورتوں میں شفرتین کبیر تحت جلدی چربی کے کم مقدار میں موجود ہونے کی وجہ سے پتلے ہوتے ہیں۔ اور ان میں سے شفرتین صغیر یا دہنۂ مہبل (ostium vaginæ) بھی نظر آ جاتا ہے۔ بالغ عورتوں میں رانوں کی ایک بڑی حد تک تبعید کرنے پر بھی شفرتین کبیر ایک دوسرے سے علیحدہ نہیں ہوتے۔ ان کی اندرونی سطحوں کی جلد باریک اور نرم ہوتی ہے، اور خالی آنکھ سے شکل میں غشائے مخاطی کی سی دکھائی دیتی ہے۔

شفرتین کبیر کی ساخت جسم کے عمومی پوست سے قریبی مشابہت رکھتی ہے۔ ان میں مرکب، 55
عنب وش (acinous) دہنی (sebaceous) غدد بہت بڑی تعداد میں موجود ہوتے ہیں جو غیر مشعر حصوں پر بھی بکثرت موجود ہوتے ہیں، اور اکثر اوقات خالی آنکھ سے نظر آتے ہیں۔ علاوہ ازیں چند عرقی غدد بھی ہوتے ہیں مگر یہ ناقص النمو ہوتے ہیں۔ شفرتین کبیر مرد کے صفن کے متناظر ہیں۔ ہر ایک مستدیر رباط کا بعدی سرا آگے کی طرف کو اربی قنال میں سے نکل کر متناظر شفرہ میں داخل ہو جاتا ہے، اور اس کی بافت شفرہ کی بافت سے متحد ہو جاتی ہے۔ گاہے گاہے باریطون کا ایک فتقی متاچہ (hernial sac) اربی قنال یا "قنالِ نک" (canal of Nuck) میں مستدیر رباط کے ہمراہ ہو جاتا ہے اور شفرہ تک پہنچ جاتا ہے۔

شفرتین صغیر (labia minora) یا **عروتین** (nymphæ) نرم جلد کے پتلے شکنوں کا ایک جوڑا ہے جو شفرتین کبیر کے اندر کی طرف واقع ہوتا ہے۔ ان سے مہبلی دہنہ کے جانبی اطراف طیار ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۴۱)۔ ان کا خاکہ ہلالی ہوتا ہے، اور پچھلی طرف یہ ایک متعرض شکن، قید الشفرتین (fourchette) کے ذریعہ سے ایک دوسرے سے ملے ہوتے ہیں۔ اگلی طرف ہر ایک شفرہ صغیرہ دو شکنوں پر منقسم ہو جاتا ہے، جن کا اگلا جوڑا امکر بظر (clitoris) کے سامنے کی طرف سے

گذرتا ہے جس سے اس کا غلفہ (preputium) بنتا ہے۔ اور پچھلا جوڑا ملکر بظر کی پچھلی طرف سے گذرتا ہے
جس سے اس کا لجیمہ (frænulum) طیار ہوتا ہے۔ شفرتین صغیر پر بال نہیں ہوتے۔ اور گندمی
عورتوں میں یہ اکثر اوقات بہت ملون ہوتے ہیں۔ بچوں میں شفرتین کبیرہ کے غیر نمو یافتہ ہونے کی وجہ سے

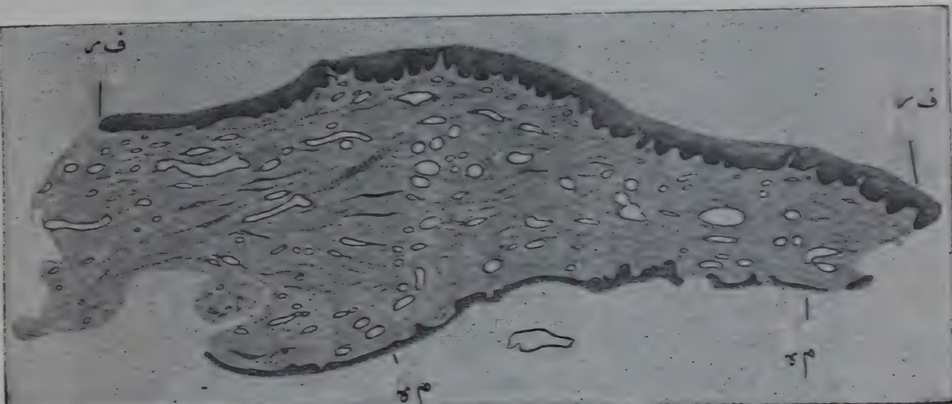


شکل ۴۳۔ فرج باکرہ شفرتین کو علیحدہ کرنے کے بعد۔

یہ بظاہر بڑے اور نمایاں معلوم ہوتے ہیں بعض نسلوں میں اور خاص کر ہوٹنٹاٹوں (Hottentots) 56
میں شفرتین صغیر نہایت کبیر الجسامت ہوتے ہیں۔ ان کو مصنوعی ذرائع سے شائد ایسا بنا لیا جاتا ہے۔
بلحاظ ساخت یہ جلد ہی پر مشتمل ہوتے ہیں جس میں کثیر التعداد دہنی غدد پائے جاتے ہیں۔ یہ غدد

اکثر خالی آنکھ سے خفیف زرد اور کسی قدر مرتفع مدور رقبوں کی شکل کے دکھائی دیتے ہیں۔

دہلیز (vestibule) جنینی بولی تناسلی جوف (urogenital sinus) (شکل ۷۰، صفحہ۔ 85) کا باقی ماندہ نشان ہے جو سن بلوغ میں موجود رہتا ہے۔ یہ ایک مثلثی رقبہ ہے جس کا زاویۂ راس جس کا رُخ اگلی طرف کو ہوتا ہے بظر سے بنتا ہے، اور طرفین شفرتین صغیر سے بنتے ہیں، اور قاعدہ دہنۂ مہبل (ostium vaginæ) کے مقدم کنارہ سے طیار ہوتا ہے (دیکھو شکل ۴۲)۔ بولی منفذ (urinary meatus) وسطانی مستوی میں اس کے قاعدہ کے نزدیک واقع ہوتا ہے۔ سطح سے دہلیز کی گہرائی کا انحصار شفرتین کی موٹائی اور ان کے ارتفاع پر ہوتا ہے جو اس کو ہمیشہ پوشیدہ



شکل ۴۳ پردۂ بکارت کی تراش کو ظاہر کرتی ہے۔ فرجی جانب پر طبقہ دار سرحلمہ کی ایک بخوبی نمو یافتہ تہ موجود ہے، اور مہبلی جانب پر یہ تہ بہت باریک ہے۔ ان دونوں سرحلمی سطحوں کے درمیان اتصالی بافت کا ایک دبیز طبقہ موجود ہے جس میں کثیر التعداد عروق خون اور اعصاب پائے جاتے ہیں۔ درنشانذہ خاکہ پردۂ بکارت کی حقیقی دبازت کو ظاہر کرتا ہے۔ ف ر، فرجی جانب۔ م ہ، مہبلی جانب۔

رکھتے ہیں۔ قاساطیر (catheter) گذارنے کے لئے اس رقبہ کو اچھی طرح سے معرا کر لینا چاہئے تاکہ یہ صاف نظر آسکے، اور ایسا کرنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ شفرتین کے اگلے حصوں کو علیحدہ کر دیا جائے۔ دہلیز کی بالائی سطح پر بہت سے چھوٹے چھوٹے مخاطی غدد کھلتے ہیں۔

بظر (clitoris) قضیب کا ناقص النمو مماثل ہے۔ یہ ایک چھوٹی سی ساخت ہے جو حشفہ (glans)

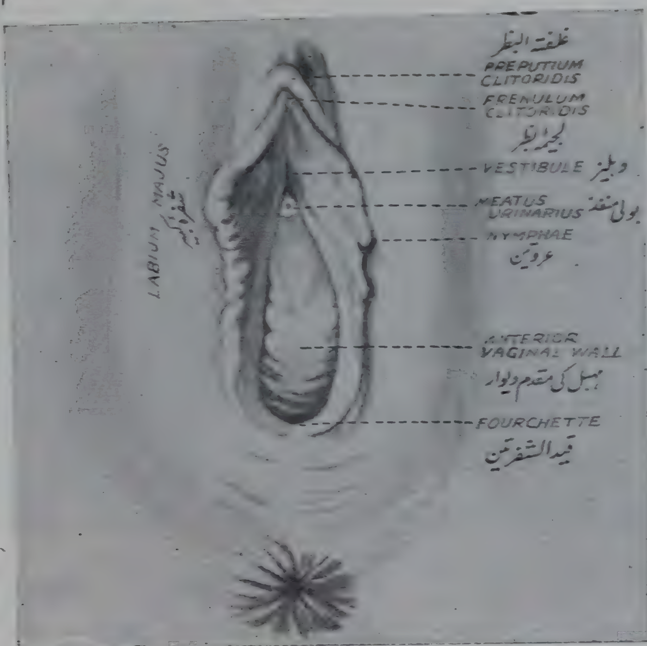
اور ایک چھوٹے سے جسم (body) پر مشتمل ہوتی ہے۔ جسم ساقین (crura) کے ذریعہ سے عانین سے چسپیدہ ہوتا ہے،
اور اسکا طول مختلف ہوتا ہے۔ شفرتین صغیر کے شکنوں سے ایک کلاہ (hood) طیار ہوتی ہے جو حشفہ کو ڈھانک
دیتی ہے اور بعض اوقات اسے مکمل طور پر پوشیدہ کر دیتی ہے۔ غلفتہ البظر (preputium
clitoridis)۔ حشفہ انتصاب پذیر بافت سے مرکب ہوتا ہے جس میں حسی اعصاب کی رسد بکثرت موجود
ہوتی ہے۔ خونی رسد اس کو بظری شریان کے ذریعہ پہنچتی ہے جو داخلی حیائی (internal pudic) کی
ایک خاص شاخ ہے۔ اس عرق کی دریدگی سے بعض اوقات شدید نزف واقع ہوتا ہے۔ غلفہ کے نیچے بعض
اوقات افراز جمع ہو جاتا ہے جس سے مقامی خراش پیدا ہو جاتی ہے، اور کبھی کبھی شکنوں کے کنارے ایک
دوسرے سے چپک جاتے ہیں جسکی وجہ سے بظر کو معرا نہیں کیا جاسکتا۔

دہنہ مہبل یا مولج مہبل (ostium or introitus vaginæ) مہبلی قنال
کا مدخل ہے۔ یہ مقترب شفرتین کی سطح سے گہرے گر اختلاف پذیر لیول پر واقع ہوتا ہے۔ باکرہ عورتوں
میں دہنہ پردۂ بکارت سے جزوی طور پر مسدود ہوتا ہے (دیکھو شکل ۴۲)۔ کتخدا عورتوں میں پردۂ بکارت 57
دریدہ یا تنیدہ پایا جاتا ہے۔ اور دہنہ کو بآسانی متسع کیا جاسکتا ہے۔ اُن عورتوں میں جن کو وضع حمل
کے دوران میں مقامی ضرر پہنچ چکا ہو دہنہ بڑا اور فراخ ہوتا ہے (دیکھو شکل ۴۴)۔ پردۂ بکارت کی
اوسط دبازت ۱/۲ انچ ہوتی ہے، اور یہ مہبلی دہنہ کے موخر نصف یا دو تہائی حصہ سے چپکا ہوتا ہے۔
اس کا مقدم کنارہ جو دہنہ کی تنصیف کرتا ہے بالعموم آزاد اور ہلالی الشکل ہوتا ہے۔ تشریحی نقطۂ نظر سے
یہ شفرتین کے تیسرے جوڑ کا قائم مقام ہے۔ اس کے آزاد کنارے کے سامنے ایک فضا ہوتی ہے جو
مہبلی قنال کا مدخل ہے (دیکھو شکل ۴۲)۔ پردۂ بکارت کے موخر کنارے اور رتید الشفرتین
(fourchette) کے درمیان ایک چھوٹا سا رقبہ ہوتا ہے جو شفرتین صغیر کے ایک دوسرے سے
علیحدہ کرنے پر اتھلے بیضوی نشیب کی شکل کا دکھائی دیتا ہے۔ یہ نشیب زورقی حفرہ (fossa
navicularis) کے نام سے موسوم ہے۔ صاحب ولادت عورتوں میں یہ حفرہ نظر نہیں آتا کیونکہ یہ
خفیف سی نفاسی دریدگیوں سے بھی تباہ ہو جاتا ہے۔

بلحاظ ساخت پردۂ بکارت اتصالی بافت سے مرکب ہوتا ہے جو بخوبی نمو یافتہ مگر بہت کثیر العروق ہوتی ہے۔ اس کی مہبلی اور فرجی دونوں سطحیں طبقہ دار قشری سرحلمہ سے پوشیدہ ہوتی ہیں (دیکھو شکل ۴۳)۔

پردۂ بکارت کی شکل اور اسکے صفات بہت اختلاف پذیر ہیں۔ بعض اوقات یہ مہبلی دہنہ (ostium vaginæ) کے تمام حاشیہ سے چسپیدہ ہوتا ہے۔ اس صورت میں اس میں یا تو

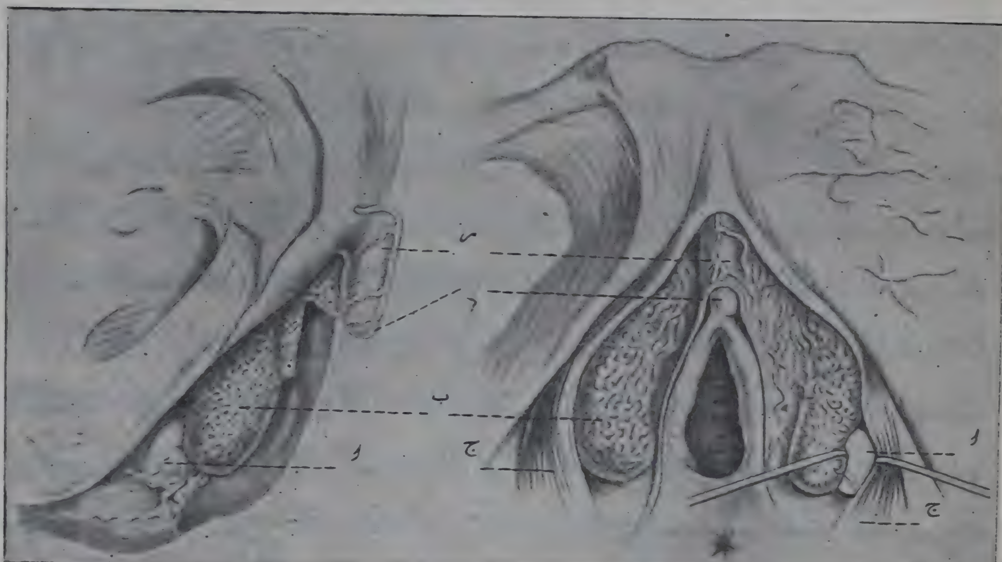
ایک مرکزی روزن ہوتا ہے' اور یا دو جانبی سوراخ ہوتے ہیں جو ایک دوسرے سے غشا کے ایک مقدم موخر شکن سے علیحدہ ہوتے ہیں' اور یا کئی ایک چھوٹے چھوٹے فتحات موجود ہوتے ہیں جو اس پر بے قاعدہ طور پر منقسم ہوتے ہیں۔ ایسا پردہ غربالین (cribriform) پردۂ بکارت کے نام سے موسوم ہے۔ بعض اوقات اس میں قطعاً کوئی روزن نہیں ہوتا' اور مہبل اس لئے نیچے کی طرف سے مکمل طور پر بند ہوتی ہے۔ ایسے پردہ کو غیر مثقّب (imperforate) پردۂ بکارت کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے



شکل ۴۴۔ متعدد الولادت عورت کی فرج (ایک عکسی تصویر سے)۔ مہبل کی مقدم دیوار سقوط یافتہ ہے (قیلہ مثانیہ)۔

(دیکھو صحفہ، صفحہ 155)۔ پردۂ بکارت کی مضبوطی اور اتساع پذیری مختلف ہوتی ہے۔ بعض اوقات یہ اتنا لچکدار ہوتا ہے کہ دورانِ مجامعت میں یہ بغیر دریدگی کے تنیدہ ہو جاتا ہے' اور بعض اوقات یہ اس قدر مزاحم ہوتا ہے کہ تکمیل مجامعت سے پہلے اس کو دور کرنا ضروری ہوتا ہے۔ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ صحیح و سالم پردۂ بکارت کا وجود بکارت کا طبی قانونی ثبوت نہیں۔ ہم (بی۔ ڈبلیو :B. W) نے ایک ایسی مریضہ دیکھی ہے جو باوجود اس امر کے کہ پردۂ بکارت میں سوئی کی نوک کے برابر روزن تھا

58 حاملہ تھی۔ اور تشریحی نقطۂ نظر سے استقرار حمل ناممکن معلوم ہوتا تھا۔ کینونی (Kanony) نے حمل کے ایسے تینتالیس واقعات جمع کئے ہیں جن میں پردۂ بکارت صحیح و سالم تھا، اور وی آنا کے ہیبرڈا (Haberda) نے یہ بیان کیا ہے کہ وہ ازالۂ بکارت کے طبی قانونی واقعات میں سے صرف تقریباً ۵۰ فیصدی میں یقینی طور پر تشخیص کر سکا۔ کتخدا عورتوں میں پردۂ بکارت تجاویف (sulci) کے ذریعہ سے بالعموم تین یا چار حصوں میں منقسم پایا جاتا ہے جو سکڑ کر چھوٹے چھوٹے شکنوں کی شکل میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔



شکل ۵۴۔ بارتھولین کے غدہ اور خارجی اعضا کی انتصاب پذیر ساختوں کا جانبی اور مقدم منظر۔ ا۔ بارتھولین کا غدہ۔ ب۔ بصلۂ دہلیز۔ ج۔ عضلۂ عاصرۂ مہبل۔ د۔ حشفۃ البظر۔ م۔ بظر کا جسم۔ (مورس کے مطابق۔)

صاحب ولادت عورتوں میں ان شکنوں کی جسامت میں مزید تخفیف ہو جاتی ہے، اور یہ چھوٹے چھوٹے بے ڈنڈی کے درنوں کی شکل کے دکھائی دیتے ہیں جن میں سے کئی ایک دہنہ کے اردگرد پائے جاتے ہیں۔ یہ لحیمات آسیہ (carunculae myrtiformes) کے نام سے موسوم ہیں۔

ایسے چند عضلات ہیں جو دہنۂ مہبل سے علاقہ رکھتے ہیں اور اس کے لئے ایک قسم کے عضلۂ عاصرہ کا کام دیتے ہیں۔ یہ عضلات رافع مبرز (levator ani) کے عانی ریشے، اور سطحی عجانی

عضلات ہیں۔ ان عضلات کے اختیاری فعل سے دہنہ کو تنگ کیا جا سکتا ہے۔ معکوس خراش کی وجہ سے ان میں تشنجی انقباض پیدا ہو سکتا ہے جس سے ایک حالت پیدا ہو جاتی ہے جو سریری طور پر تشنج المہبل (vaginismus) (دیکھو صفحہ 199) کے نام سے موسوم ہے۔

بارتھولینی غدد (Bartholin's Glands)۔ بارتھولینی غدد چھوٹی بیضوی ساختوں کا ایک جوڑا ہیں جن کا قطر تقریباً نصف انچ ہوتا ہے۔ یہ غدد مہبل کے زیریں سرے کے اطراف پر، اور ہر ایک دہلیزی بصلہ (vestibular bulb) کے پچھلے سرے پر کی سطحی عجانی ردا کے نیچے واقع ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۵۴)۔ یہ مرد کے کوپری غدد (Cowper's glands) کے مماثل ہیں۔

طبعی حالات کے تحت بارتھولینی غدہ محسوس نہیں کیا جا سکتا، لیکن جب یہ التہابِ مزمن سے متصلّب اور کلانی یافتہ ہو جاتا ہے، جیسا کہ اکثر اوقات سوزاک میں ہوتا ہے، تو انگوٹھے کو باہر کی طرف رکھ کر اور انگلی کو اندر گذار کر فرج کے اطراف پر چٹکی بھرنے سے اس کا جس کیا جا سکتا ہے۔ یہ غدہ عظم ورکی (ischium) کی صعودی فرع (ascending ramus) کے نزدیک گہرا واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۵۴)۔ اور یہاں یہ محسوس کرنے پر ایک چھوٹے سے سخت اور حرکت پذیر جسم کی مانند معلوم ہوتا ہے۔ ہر ایک غدہ کی ایک ہی تنگ اور طویل قنات ہوتی ہے (دیکھو شکل ۴۶) جو پردۂ بکارت 59 کے قاعدہ کی جانب پر کھلتی ہے۔ تندرست قنات کا منہ شفاف افراز کے ایک چھوٹے سے قطرہ کی موجودگی سے اکثر شناخت کیا جا سکتا ہے، ورنہ یہ اس قدر نامعلوم ہوتا ہے کہ جب تک یہ التہاب سے سرخ نہ ہو گیا ہو نظر نہیں آتا۔

غدہ خود ایک مرکب عنقودی ساخت ہوتا ہے جو ایک لیفی کیسہ سے محصور ہوتی ہے جس سے خوب نمو یافتہ لیفی بافت کے فواصل نکلتے ہیں (دیکھو شکل ۴۷)۔ سادہ اور مرکب دونوں قسم کے انبیبات موجود ہوتے ہیں۔ سرحلمہ ستونی ہوتا ہے، اور نوات خلیوں کے قاعدہ پر واقع ہوتے ہیں اور اچھی طرح سے توشیہ پاتے ہیں۔ غشائے قاعدی خوب نمو یافتہ ہوتی ہے۔ کئی ایک انبیبات میں سرحلمہ کی ایک سے زیادہ تہیں ہوتی ہیں، لیکن اکثر میں خلیوں کی ایک ہی تہ موجود ہوتی ہے۔ خلیہ مایہ بہت دانہ دار ہوتا ہے، لیکن اس کی تلوین گہری نہیں ہوتی۔ انبیبات کے درمیان بہت سی چھوٹی چھوٹی محصّل قناتیں (collecting ducts) دیکھنے میں آتی ہیں۔ ان کا استر قصیر القامت مکعبی قسم کے سرحلمہ کی کئی ایک تہوں سے بنا ہوتا ہے۔ بارتھولینی غدہ کی تراشش عمومی وضع قطع میں غدہ ریقیہ کے مشابہ ہوتی ہے۔

بڑی بڑی قناتوں کا سرحلمہ مختلف اقسام کا ہوتا ہے۔ گہرے حصوں میں یہ خوب نمو یافتہ

ستونی خلیوں کی ایک مجرد تہ پر مشتمل ہوتا ہے، اور زیادہ سطحی حصوں میں یہ طبقہ دار اور برزخی قسم کا ہوتا ہے جو بولی گذرگاہوں کے سرحلمہ کے امتیازی صفات ہیں۔ بعض اوقات ایک قسم کے سرحلمہ کی تبدیلی دوسری قسم کے سرحلمہ میں دفعتہً ہوجاتی ہے۔ کبھی کبھی چند ایک مرکب عنقودی غدد جن میں جام نما خلیے (goblet cells) بکثرت موجود ہوتے ہیں قنات کے زیادہ گہرے حصوں میں کھلتے دکھائی دیتے ہیں۔ یہ بلاشبہ مخاط پیدا کرتے ہیں۔

بارتھولینی غدہ کا افراز صاف اور رقیق مخاط ہوتا ہے جس کا تعامل قلوی ہوتا ہے۔ اور اسکا فعل غالباً فرج کی محض تدہین ہی ہے۔

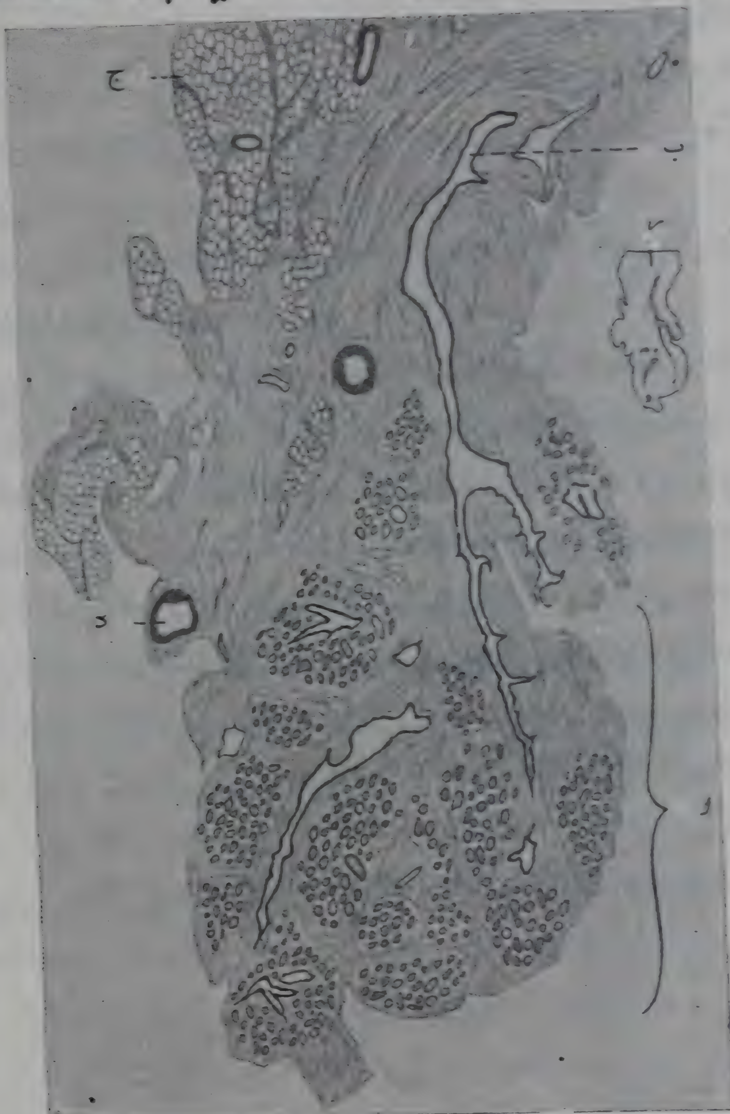
عجانی جسم (perineal body) بافت کا ایک تودہ ہے جو فرج اور مہبل کے حصۂ زیرین کو مبرزی قنال اور معائے مستقیم سے علیحدہ کرتا ہے، اور اس فضا کو پُر کرتا ہے جو غذائی اور تناسلی قنالوں کے زیریں سروں کے انفراج سے باقی رہ جاتی ہے (دیکھو شکل ۱ و ۲)۔ یہ جسم بولی مستقیمی فاصل (urorectal septum) کے حصۂ زیرین کا قائم مقام ہے جو مخرج (cloaca) کو مقدم (تناسلی بولی) اور موخر (معوی) قطعوں میں تقسیم کرتا ہے (دیکھو شکل ۶، صفحہ 83)۔ اس کی شکل ہرمی ہوتی ہے، اس کا قاعدہ جلد کی سطح سے بنتا ہے، اور زاویۂ راس اوپر کی طرف اس نقطہ تک چلا جاتا ہے جہاں مستقیمی اور مہبلی قنالیں ایک دوسرے سے مقترب ہوتی ہیں۔ یہ نقطہ مبرز سے تقریباً ۱½ انچ اوپر ہوتا ہے۔ یہ جسم عضلی، لیفی، اور شحمی بافتوں سے مرکب ہوتا ہے، اور اس کا قاعدہ جلد سے ڈھکا ہوتا ہے۔ اس کی اگلی دیوار مہبل سے اور پچھلی دیوار معائے مستقیم سے بنتی ہے۔ اس کے علیٰ حالہ ہونے کی صورت میں مبرز سے لیکر قید الشفرتین (fourchette) تک سطحِ جلد کا اوسط طول ۱½ انچ ہوتا ہے۔

مبال

(THE URETHRA)

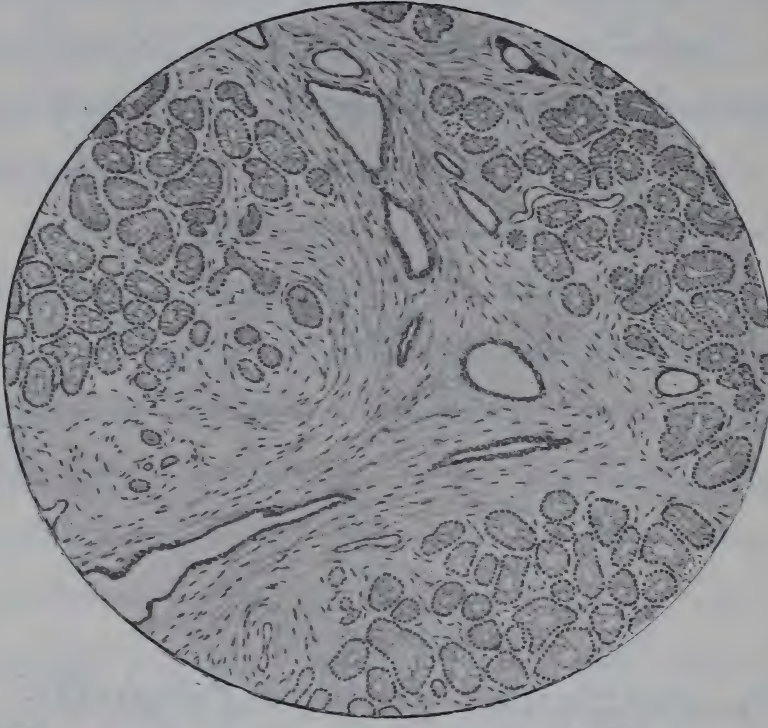
عورت میں مبال ایک چھوٹی سی قنال ہوتی ہے جو ۱½ انچ لمبی ہوتی ہے۔ یہ منفذ اور عنق مثانہ پر کسی قدر مضیق ہوتا ہے، اور تقریباً دوکی الشکل ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱)۔ اس کا عمومی رخ نیچے کی اور آگے کی طرف کو ہوتا ہے، اور یہ کسی قدر آگے کی طرف کو خمیدہ ہوتا ہے۔ اس کا زیریں دو تہائی حصہ مہبل کی مقدم دیوار سے قریبی علاقہ رکھتا ہے، گویا بافت کا ایک ہی دبیز طبقہ مبال کے

60 درونہ کو مبال کے درونہ سے علیحدہ کرتا ہے۔ ان کے بالائی ایک تہائی حصوں کے درمیان خلوی بافت



شکل ۶۳۔ ا ۔ بارتھولینی غدہ۔ ب ۔ بارتھولینی قنات۔ ج ۔ فرج کی شحمی بافت۔
د۔ داخلی حیائی شریان کی شاخیں جو مرد کی اسی شریان کی متناظر ہیں جو بصلہ کو جاتی ہے۔
ہ۔ درشت اندہ خاکہ جو خردبینی شریحہ کی حقیقی جسامت کو ظاہر کرتا ہے۔

کی ایک ڈھیلی ڈھالی تہ حائل ہوتی ہے جس کی وجہ سے یہ دونوں بذریعہ کند تقطیع ایک دوسرے سے بآسانی علیحدہ کئے جاسکتے ہیں۔ مبال بلحاظ ساخت عضلی، تحت مخاطی، اور مخاطی طبقوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ عضلی طبقہ سادہ عضلہ پر مشتمل ہوتا ہے جو دو تہوں میں مرتب ہوتا ہے، جن میں سے بیرونی تہ مدور اور اندرونی طولی ہوتی ہے۔ علاوہ ازیں بعض ماہرین تشریح کے نزدیک مخطط عضلہ کی ایک خارجی تہ بھی موجود ہوتی ہے جو مہبل کے عضلات عاصرہ سے مشتق ہوتی ہے۔ اس سے مبالی عاصرہ (urethral sphincter) بنتا ہے۔ یہ مثانہ کی گردن پر نہایت نمایاں ہوتی ہے جہاں اس کا اصلی عاصری فعل بروئے کار آتا ہے۔ یہ امر اُن جراحی طریقہ ہائے کار میں کسی قدر اہمیت رکھتا ہے جن میں مبال کو کھینچا جائے یا اس میں شگاف دیا جائے۔ تحت مخاطیہ نہایت کثیر العروق انصالی بافت پر مشتمل ہوتا ہے 61



شکل ۷، ۴۔ بارتھولین کے غدہ میں سے متعرض تراش جو ستونی سرحلمہ سے استر شدہ انبیبات کو ظاہر کرتی ہے۔ تفرع یا عنقودی ترتیب تراش میں دکھائی دیتی ہے۔ قنات کی شاخوں کا استر قصیر القامت مکعبی سرحلمہ سے بنا ہے جو قنات کی ابتدا کے قریب قشری ہوجاتا ہے۔

جس میں لچکدار ریشوں کی نسبتًہ ایک بڑی مقدار موجود ہوتی ہے۔ اس میں مبالی غدد کے گہرے جیبے بھی واقع ہوتے ہیں۔ غشائے مخاطی میں کئی ایک طولی شکن پائے جاتے ہیں، اور یہ طبقہ دار سرحلمہ پر مشتمل ہوتی ہے جو براہِ راست تحت مخاطیہ پر متمکن ہوتا ہے۔ سطحی خلیے مبالی قنال کی انتہاؤں کے نزدیک قشری ہوتے ہیں، اور اس کے وسط میں ستونی۔ گہرے خلیے شروع سے لیکر اخیر تک مکعبی ہوتے ہیں، اور سطح سے زاویہ قائمہ پر مترتب ہوتے ہیں۔ مبال میں کثیر التعداد غدد پائے جاتے ہیں۔ یہ مبال کے گرد پائے جاتے ہیں (گرد مبالی : peri-urethral)، اور منفذ کے قرب و جوار میں ان کی تعداد سب سے زیادہ ہوتی ہے۔ ان میں سے اکثر مرکب عنقودی غدد ہوتے ہیں جو ایک مجرد قنات کے ذریعہ سے مبالی مخاطیہ پر کھلتے ہیں۔ ان کے گہرے حصوں کا استر ستونی سرحلمہ کا ہوتا ہے۔ منفذ کے نزدیک قناتیں اکثر اوقات متسع ہوتی ہیں، اور ان سے مرئی طاقیے (crypts) بن جاتے ہیں۔ ان غدد کا ایک خاص طور پر نمو یافتہ جوڑا جو مبال کے فرش پر فتحہ کے عین اندر کھلتے ہیں سکین کے انبیبیات (Skene's tubules) کے نام سے موسوم ہے۔ بلحاظ تشکلیات گرد مبالی غدد (peri-urethral glands) مرد کے غدہ قدامیہ (prostate) کے مماثل ہیں۔

مبال کا ایک اہم امتیازی خاصہ اس کی اتساع پذیری ہے، اور یہ خاصہ زیادہ تر اسکی دیواروں میں بہت سی لیفی بافت اور مخاطیہ میں طولی شکنوں کے موجود ہونے کے باعث پایا جاتا ہے، جو دوران اتساع میں منطمس ہو کر غشا کی خارجی سطح کو وسیع کر دیتے ہیں۔ جس حد تک مبال بغیر دریدگی کے متسع کیا جا سکتا ہے اس کے مختلف اندازے کئے گئے ہیں۔ یہ حد ۱۰ تا ۳۰ ملی میٹر (تقریبًا $\frac{1}{2}$ تا ۱ انچ) ہے۔

مثانہ

62

(THE BLADDER)

مثانہ کے دائمی انقباض اور انبساط کی وجہ سے اس کی وضع اور اس کے تعلقات میں مسلسل تغیر نمودار ہوتا رہتا ہے۔ جنین اور چھوٹے بچوں میں یہ بالکل ایک شکمی عضو ہوتا ہے (دیکھو شکل ۴۸) اور اس کی شکل تکلے کی سی ہوتی ہے، اور یہ اوپر کی طرف گاؤدم ہوتا ہوا مریطا (urachus) سے مل جاتا ہے، اور نیچے کی طرف اسی طرح مبال سے جا ملتا ہے۔ جوانوں میں خالی ہونے کی حالت میں یہ بالکل ایک حوضی عضو ہوتا ہے۔ طبعی حدود کے اندر اندر متمدد ہونے کی

صورت میں یہ بالخصوص مقدم موخراور مستعرض ستویوں میں پھیلتا ہے، اور رحم کو پیچھے کی طرف کو دھکیل دیتا ہے، اور حوضی کہفہ کے بالائی حصہ کو پُر کر دیتا ہے (دیکھو شکل ۴)۔ حد سے زیادہ متمدد ہونے پر یہ شکمی کہفہ میں پہنچ جاتا ہے، اور انتہائی حالتوں میں یہ ایک ورم کی شکل اختیار کر لیتا ہے جس کا جسم پر سے ناف کے لیول تک کیا جا سکتا ہے۔ مثانہ کی اوسط سیالی گنجایش جس کا جی۔ ایل۔ ہنا (G. L. Hanna) نے پچیس طبعی افراد سے اندازہ کیا ہے ۴۳۰ مکعب سمر (تقریباً ۱۴ اونس) ہے۔ داخلی مبالی دہنہ (internal urethral orifice) حوض کی گگر کے لیول سے تقریباً ۱ ½ انچ نیچے واقع ہوتا ہے۔

شکل ۱ میں خالی مثانہ علی محلہ دکھایا گیا ہے۔ یہ رحم اور ارتفاق عانہ (symphysis pubis) کے درمیان واقع ہے۔ اوپر کی طرف سے یہ باریطون کے اس حصہ سے پوشیدہ ہے جس سے رحمی مثانی جیب (utero-vesical pouch) کا فرش بنتا ہے۔ جب جسم رحم پیش گردیدہ ہوتا ہے، تو مثانہ پر پڑا ہوتا ہے۔ شکل ۲ میں جو مثانہ دکھایا گیا ہے اس میں ابھی تمدد شروع ہوا ہے۔ رحمی مثانی جیب کا لیول اونچا ہو گیا ہے، اور مثانہ کے مستعرض بُعد میں جو اضافہ واقع ہوا ہے وہ اس سے بھی زیادہ نمایاں ہے۔

صرف قاعدہ ہی مثانہ کا وہ حصہ ہے جس کی چسپیدگیاں مضبوط ہیں، حوضی ردا (pelvic fascia) اس کے تمام رقبہ کو سہارا دیتی ہے، اور جانبین پر رافع مبرز (levator ani) عضلات کے عانی حصے (عانی عصعصی عضلہ : pubo-coccygeus) بھی اس کو سہارا دیتے ہیں۔ مثانہ کے قاعدہ پر کوئی باریطونی غلاف نہیں ہوتا، لیکن مثانہ کے خالی ہونے کی صورت میں باریطون اس کے اطراف اور اس کے اوپر کے حصہ کو مکمل طور پر مستور کرتا ہے۔ مثانہ کا قاعدہ اگلی طرف عانہ (pubis) کی پشت سے، نیچے کی طرف مہبل کی اگلی دیوار سے، اور پیچھے کی طرف عنق اور جسم رحم کے مقام اتصال کے نزدیک اگلی رحمی دیوار سے علاقہ رکھتا ہے۔ ان محلات پر ڈھیلی ڈھالی خلوی بافت کے مستوی پائے جاتے ہیں جن کی وجہ سے دوران عملیہ میں مثانہ کا قاعدہ ہم پہلو اعضا سے بآسانی علیحدہ کیا جا سکتا ہے۔ مثانہ کے اس حصہ کے تعلقات پر اس کے انقباض و انبساط کا کچھ اثر نہیں ہوتا۔ وضع حمل سے پیدا شدہ تضرر یا حوض کے فرش کی تنیدگی کی وجہ سے مثانہ عانی عنقی عضلات (pubo-cervicalis muscles) کے ریشوں اور رافع مبرز (levator ani) کے جانبی بنڈلوں کے درمیان سے بعض اوقات مسقوط یا مفتوق ہو جاتا ہے، اور مہبل کی مقدم دیوار کو اپنے آگے دھکیل دیتا ہے

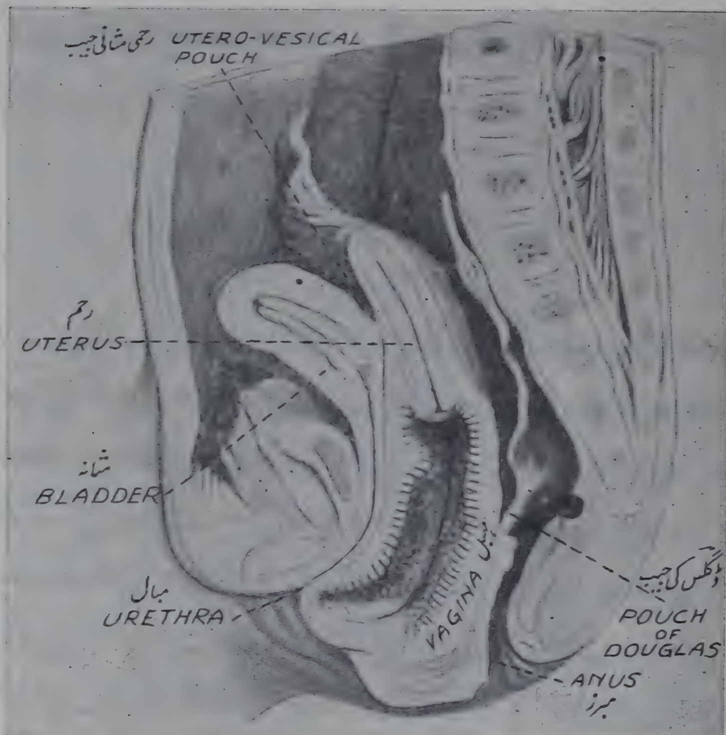
(مثانی قیلہ :cystocele)، دیکھو صفحہ 612, 611)۔

مثانہ کی چوٹی اور اس کی جانبوں کے تعلقات بلحاظ تمدد مثانہ متغیر ہوتے رہتے ہیں۔ باریطون کے جانبی انعکاسات معتدبہ حد تک مرتفع ہو جاتے ہیں جس سے مثانہ کی ہر ایک جانب کا کچھ حصہ باریطون سے مبرا ہو جاتا ہے۔ باریطونی انعکاسات پچھلی اور اگلی طرف بہت زیادہ محکم ہوتے ہیں اس لئے آگے کی طرف مثانہ اور شکمی دیوار کے درمیان اور پچھلی طرف مثانہ اور رحم کے درمیان ایک ایک باریطونی جیب برقرار رہتی ہے۔ مقدم باریطونی انعکاس اور دیوار شکم اور ارتفاق (symphysis) کے درمیان ایک فضا ہوتی ہے جو ڈھیلی ڈھالی خلوی بافت سے پُر ہوتی ہے۔ یہ بافت عنق کی حاصر خلوی بافت سے اور حوض کی عمومی خلوی بافت سے مسلسل ہوتی ہے۔ اس فضا کا نام ریٹزیس کا کہفہ (cavum Retzii) ہے۔ انتہائی تمدد کی حالت میں مقدم انعکاس کا لیول شکمی دیوار سے ۲ انچ اوپر اٹھ جاتا ہے، لیکن اس تک باریطون کا رحم پر سے اتر جانا ناممکن ہے۔ جملہ حالات میں مہبل کی مقدم دیوار کے بالائی نصف میں سے گذر کر مثانہ کے قاعدہ تک رسائی حاصل کی جا سکتی ہے۔

مثانہ کی دیوار استر، تحت مخاطی، اور عضلی طبقوں پر مشتمل ہوتی ہے، اور یہ تینوں بآسانی 63
تمدد پذیر ہوتے ہیں۔

جب مثانہ خالی ہوتا ہے تو اس کی استری غشا میں بہت سی سلوٹیں اور شکن پائے جاتے ہیں۔ اور جب یہ متمدد ہوتا ہے تو بھی یہ نیچے کے عضلی ریشوں کی ستونی ترتیب کے باعث شکن دار معلوم ہوتا ہے۔ بہر کیف مثانہ کے قاعدہ کا ایک حصہ انقباض اور انبساط میں ہموار رہتا ہے، اس کی شکل مثلثی ہوتی ہے، آگے کی طرف یہ مبالی روزن (urethral aperture) اور پیچھے کی طرف یہ حالبی روزنوں (ureteric apertures) سے محدود ہوتا ہے۔ یہ حصہ مثلث (trigone) کے نام سے موسوم ہے۔ داخلی مبالی فتحہ سے ایک نشیب بن جاتا ہے جس کے اردگرد غشائے مخاطی کا ایک حلقہ ہوتا ہے جس کو متشعع شکن عبور کرتے ہیں۔ حالبی روزن تنگ اور ترچھی مصراعی جھریوں کی شکل کے ہوتے ہیں جن کا رخ پیچھے سے آگے کی طرف کو اور خط وسطی کی طرف ہوتا ہے۔ ہر ایک روزن ایک چھوٹے سے حلیمہ (papilla) کی چوٹی پر واقع ہوتا ہے جو کہفہ میں ابھرا ہوتا ہے۔ ان کے درمیان سے غشائے مخاطی کا ایک تنگ ساحید (ridge) گذرتا ہے جو میان حالبینی شکن (inter-ureteric fold) کہلاتا ہے۔ مثلث (trigone) کے ہر دو اطراف پر ایک ایک انخلی جیب

ہوتی ہے جو نزد مثلثی حفرہ (paratrigonal fossa) کے نام سے موسوم ہے۔ مثانہ کے قاعدہ کا وہ حصہ جو مبال کا مبدا ہے بعض اوقات عنق مثانہ (neck of the bladder) کے نام سے تعبیر کیا جاتا ہے۔



شکل ۴۰ ۔ سات سے ۸ ماہ تک کے جنین کے حوض کی سہمی تراش (چیرنگ کراس ہاسپیٹل میوزیم)۔ رحم اور مثانہ دونوں حوض کی گگر سے اوپر تک چلے جاتے ہیں۔ عنقِ رحم کا طول جسم رحم کے برابر ہے۔ مہبل کے شکن بہت نمایاں ہیں۔

مثانہ کا سرحلمہ برزخی (transitional) قسم کا ہوتا ہے، اور اس میں غدد نہیں ہوتے۔ تحت مخاطی اور اتصالی بافتیں بکثرت موجود ہوتی ہیں، مگر یہ مثلث پر نہیں ہوتیں جہاں مخاطیہ عضلی تہ کے
64 ساتھ مضبوطی سے چسپیدہ ہوتا ہے۔ مثانی عضلہ تین تہوں میں مترتب ہوتا ہے۔ بیرونی طولی، اندرونی مدور، اور وسطی مشبک۔

مثانہ کی دیوار بہت کثیر العروق ہوتی ہے، اور اس کے کٹ جانے یا پھٹنے پر اس سے خون بکثرت جاری ہو جاتا ہے۔ مثانہ کی رسدِ خون فوقانی اور تحتانی مثانی شریانوں (vesical arteries) سے آتی ہے جو داخلی حرقفی (internal iliac) کی شاخیں ہیں۔ وریدی خون واپس جانے سے پیشتر ضفیروں میں جمع ہو جاتا ہے۔ تحتانی مثانی ضفیرہ (inferior vesical plexus) جو مثانہ کے قاعدہ کے ساتھ تعلق رکھتا ہے بہت بڑا ہوتا ہے، اور مثانہ کے اس حصہ پر عملیات کرنے کے دوران میں اس سے وریدی نزف بکثرت واقع ہوتا ہے۔

حالب

(THE URETER)

عورت میں حالب (ureter) کی لمبائی اس مقام سے لیکر جہاں سے یہ کلوی حوض سے نکلتا ہے اس مقام تک جہاں یہ مثانہ میں داخل ہوتا ہے تقریباً ۱۲ انچ ہوتی ہے۔ اپنے ممر کے پہلے حصہ میں یہ عضلۂ خثریہ (psoas muscle) پر واقع ہوتا ہے، اور باریطون کے پیچھے سے نیچے کی اور اندر کی طرف کو گذر کر حوض کی لگر تک پہنچ جاتا ہے۔ دائیں حالب کی وسطانی جانب تحتانی ورید اجوف (inferior vena cava) سے تعلق رکھتی ہے، اور بائیں کی نزولی اورطہ سے۔ ہر ایک حالب پہلے اپنی متناظر بیضی شریان کی باہر کی جانب واقع ہوتا ہے، مگر بعد میں یہ اس کو عبور کر جاتی ہے۔ حوض کی لگر پر حالب یا تو مشترک حرقفی عروق کو عبور کرتا ہے، یا خارجی حرقفی عروق کو، (بالعموم یہ قبل الذکر ہی کو عبور کرتا ہے)، اور نیچے کی طرف جا کر ورک کی شوکہ (ischial spine) سے نصف انچ اوپر تک پہنچ جاتا ہے۔ ممر کے اس حصہ میں یہ بیضی حفرہ (fossa ovarica) سے وسطانی تعلق رکھتا ہے، اور داخلی حرقفی شریان (internal iliac artery) کو عبور کرتا ہے۔ لہٰذا جب بیض اپنے مناسب تشریحی مقام پر ہوتا ہے تو حالبی قنال اس سے خارجی علاقہ رکھتی ہے۔ اس کے بعد یہ حوض کی موخر جانبی دیوار پر باریطون کے پیچھے سے نیچے کی اور آگے کی اور اندر کی طرف کو سفر کرتا ہوا متناظر رباط عریض کے قاعدہ تک پہنچ جاتا ہے۔ یہاں اس کو رحمی شریان عبور کرتی ہے، اور یہ اس شریان کو رحمی وریدوں کے ضفیرہ سے علیحدہ کر دیتا ہے۔ اب اس کا رخ آگے کی طرف کو مثانہ کے قاعدہ کی طرف ہوتا ہے، اور عنق رحم سے یہ ¾ انچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے۔ اپنے ممر کے اس حصہ میں ہر ایک حالب ایک لیفی قنال میں واقع ہوتا ہے جو حوضی ردا کے اتصالی بافتی عناصر کے تقسیم ہو جانے سے بنتی ہے۔ یہاں یہ وسطی

مثانی شریان (middle vesical artery) سے تعلق رکھتا ہے، اور اکثر ایس (S) کی شکل کا ایک خم بناتا ہے جس کا انحداب اوپر کی طرف ہوتا ہے۔ اور پھر یہ آگے کی اور اندر کی طرف کو جا کر مثلث پر مثانہ کی دیوار میں سے ترچھے رخ میں گذر جاتا ہے۔

جہاں حالبین مثانہ میں داخل ہوتے ہیں وہاں ان کے درمیان ½۱ تا ۲ انچ کا فاصلہ ہوتا ہے، اور یہ مہبل کی محراب سے ایک قریبی تعلق رکھتے ہیں۔ یہ امر واقعہ ہے کہ جب حالب کا یہ حصہ التہاب سے دبازت یافتہ ہو جائے، یا اس میں حصات موجود ہوں تو براستہ مہبل اس کا جس بآسانی کیا جا سکتا ہے۔ یہ پہلے کہا جا چکا ہے کہ بایاں حالب دائیں کی نسبت مہبل سے زیادہ قریب ہوتا ہے۔ بلحاظ ساخت حالب عضلی، زیر مخاطی، اور سر حلمی طبقات پر مشتمل ہوتا ہے۔ عضلی ریشے تین تہوں میں مرتب ہوتے ہیں، بیرونی طولی، وسطی مدور، اور اندرونی طولی۔ زیر مخاطی تہ عروق دار ہوتی ہے، اور اس میں حالب کی دیواروں کے غذا رسان عروق موجود ہوتے ہیں۔ استری سر حلمہ مکعبی قسم کا ہوتا ہے۔ حالب میں ایک معتد بہ حد تک تمدد واقع ہو سکتا ہے، جیسا کہ اس وقت ظاہر ہوتا ہے جب کہ اس کے زیریں سرے پر جزوی میکانی انسداد موجود ہو۔ حالب کے تشریحی تعلقات حوض کی جراحی میں بلا شبہ معتد بہ اہمیت رکھتے ہیں۔ چونکہ یہ رحمی شریان اور عنق الرحم کے قریب ہوتا ہے اس لئے رحم برآری (hysterectomy) کے عملیہ کے دوران میں اس کے کاٹے جانے یا باندھے جانے یا کوفتہ ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ جب حالب کو ایسے عملیوں کے دوران میں ایک وسیع حد تک بلا ضرورت معرا کر لیا جاتا ہے تو اس کے
تغذیہ میں نقص واقع ہو جاتا ہے جس سے اس میں اغتشاث (sloughing) پیدا ہوتا ہے، اور حالبی 65
مہبلی ناسور بن جاتا ہے۔

حوض کے عُروقِ خون

(PELVIC BLOOD-VESSELS)

عروقِ خون۔ تناسلی اعضا کی شریانی رسد مندرجہ ذیل عروق سے حاصل ہوتی ہے جو اوپر سے نیچے کی طرف کو شمار کئے گئے ہیں:۔

۱۔ بیضی شریان (ovarian artery) جو شکمی اورطہ (abdominal aorta) یا کلوی شریان (renal artery) سے نکلتی ہے۔

۲۔ رحمی شریان (uterine artery)
۳۔ مہبلی شریانیں (vaginal arteries) (۳ یا ۴)
۴۔ داخلی حیائی شریان (internal pudic artery)

} جو داخلی حرقفی (internal iliac) کی مقدم قسمت سے نکلتی ہیں۔

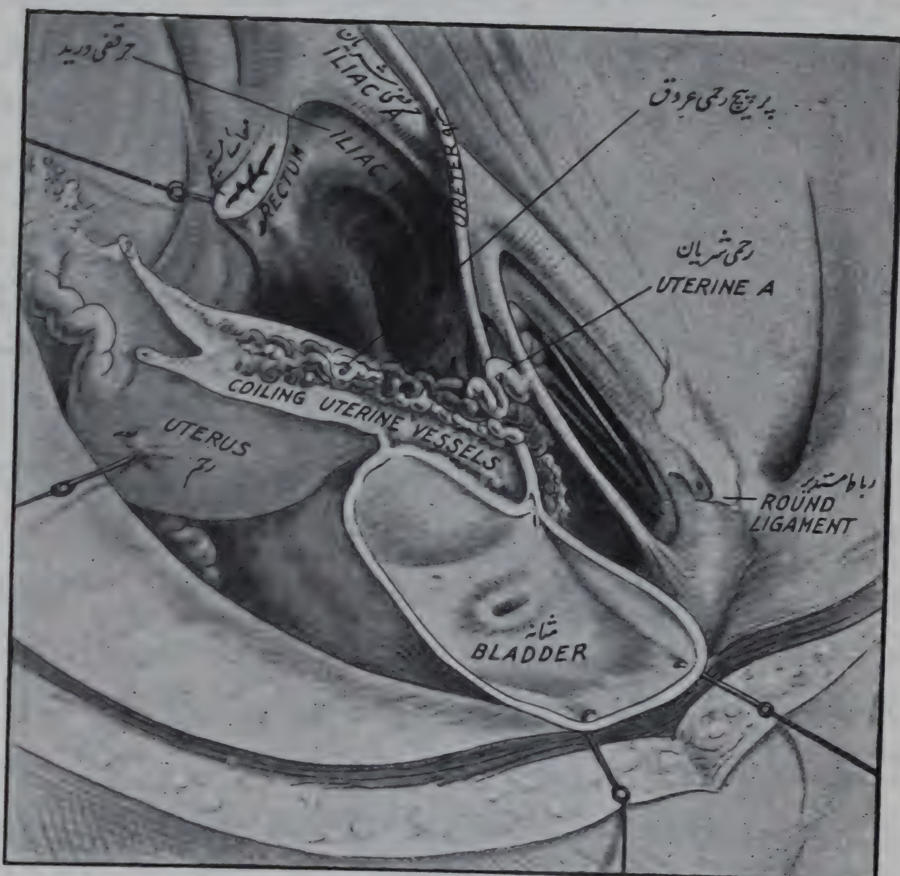
بیضی شریان حوض میں اس کی پچھلی طرف سے عجزی حرقفی جوڑ (sacro-iliac joint) کے نزدیک داخل ہوتی ہے، اور حالب کو سامنے سے ترچھے رخ میں عبور کرتی ہوئی عریض رباط کے قمعی حوضی شکن (infundibulo-pelvic fold) میں پہنچ جاتی ہے (دیکھو شکل ۲ و ۵)۔



شکل ۴۹۔ رحم اور مہبل کی شریانی رسدِ خون (ہِس)۔

عریض رباط کے بالائی حصہ (ماساریقائے انبوبہ: mesosalpinx) کی تہوں کے درمیان یہ اندر کی طرف کو رخ کر لیتی ہے، اور قرن الرحم تک چلی جاتی ہے۔ اس حصہ میں اس سے بہت سی شاخیں نکلتی ہیں جو بیض اور فلوپی نلی اور رباطِ مستدیر کو رسد بہم پہنچاتی ہیں (دیکھو شکل ۴۹)۔ قرن الرحم کے نزدیک یہ رحمی شریان کی انتہائی شاخوں سے تفمم کرتی ہے۔ اور اس کے ساتھ دو یا اس سے زائد رفیق وریدیں بھی ہوتی ہیں جو معاون وریدوں کے ذریعہ سے آزادانہ ربط و راہ رکھتی ہیں۔

رحمی شریان ۔ یہ داخلی حرقفی (internal iliac) کی مقدم شاخ ہے۔ اس کا اور منطمس زیر معدی (obliterated hypogastric) شریان کا تنا یا تو مشترک ہوتا ہے اور یا یہ اکیلی ہی نکلتی ہے، مگر موخر الذکر حالت زیادہ نادر الوقوع ہے۔ یہ حوض کی جانبی دیوار کے نزدیک رباطِ عریض کے قاعدہ میں داخل ہوتی ہے، اور کثیر المقدار خلوی بافت میں سے ترچھے رخ میں آگے کی اور اندر کی طرف کو عہبل کے جانبی قبوہ پر سے گزرتی ہوئی فمِ داخلی کے لیول پر رحم کی جانب تک پہنچ جاتی ہے۔ یہاں پہنچنے سے



شکل ۵۰۔ بائیں عریض رباط کی تقطیع جو رحمی شریان اور حالب کے تعلق کو ظاہر کرتی ہے (کیلی)۔

ذرا قبل یہ حالب کے اوپر سے ترچھے رخ میں گذرتی ہے (دیکھو شکل ۶ و ۵۰)۔ اس مقام سے اصلی شریان دفعتہً اوپر کی طرف کو مڑ جاتی ہے، اور دیوار رحم کے عین ساتھ ساتھ اوپر کی جانب کو چڑھ جاتی ہے

اصلی تنے سے کئی ایک شاخیں یکے بعد دیگرے زاویہ قائمہ پر نکلتی ہیں جن میں سے بعض رحم کی اگلی سطح اور بعض اس کی پچھلی سطح پر سے گذر کر شریان مقابل کی متناظر شاخوں سے وسطی خط پر تفمم کرتی ہیں (دیکھو شکل ۴۹) ۔ ان شاخوں میں سے جو شاخ پہلے نکلتی ہے وہ نسبتاً بڑی ہوتی ہے، اور مقابل کی رفیق شریان کے ساتھ ملنے سے یہ عنق کی دائری شریان (circular artery of the cervix) بناتی ہے۔ رحمی شریان کا انتہائی حصہ قرن الرحم کے نزدیک اپنی تفممی شاخ کے ذریعہ سے مبیضی شریان سے تفمم کرتا ہے۔ رحمی شریان کے اس حصہ کے ساتھ شروع سے اخیر تک کئی ایک رفیق وریدیں ہوتی ہیں۔ رباط عریض میں ایک بڑا وریدی ضفیرہ (سلک نما ضفیرہ pampiniform plexus) بن جاتا ہے جس کی سیلیت مبیضی وریدیں کرتی ہیں۔ نیچے کی جانب اس کو مثانی اور باسوری (hæmorrhoidal) وریدی ضفیروں سے ربط حاصل ہوتا ہے۔

مبیضی اور رحمی ہر دو شریانوں اور ان کی شاخوں کی گذرگاہ مرغولی یا پیچیدہ ہوتی ہے، اور یہ ان عروق کا ایک بہت نمایاں خصوصی وصف ہے (دیکھو شکل ۴۹)۔ اسی خصوصیت کی وجہ سے ان میں جلد ہی طوالت پیدا ہو جاتی ہے جو دوران حمل میں رحم کی عضلیاتی کلانی کے لئے درکار ہوتی ہے۔ اور نیز اسی سے عروق اس سریع تر انکماش کے بعد جو وضع حمل کے بعد واقع ہوتا ہے 67
پیچیدگی کی طبعی حالت پر واپس آجاتے ہیں۔

مہبلی شریانیں (vaginal arteries) (دیکھو شکل ۴۹) داخلی حرقفی شریان کی مقدم قسمت سے رحمی شریان کے نیچے نکلتی ہیں۔ بعض اوقات ان میں سے ایک شریان رحمی شریان یا وسطی باسوری شریان (middle hæmorrhoidal artery) سے براہ راست نکل آتی ہے۔ یہ شریانیں مہبل کے بالائی سرے کے نزدیک اس کے اطراف تک پہنچ کر بے قاعدہ طور پر شاخوں میں منقسم ہو جاتی ہیں جو عام طور پر مہبل کو عبور کر جاتی ہیں۔ کبھی کبھی ایک اور شریان بھی موجود ہوتی ہے جو مجرد مہبلی (azygos vaginæ) کے نام سے موسوم ہے۔ اس شریان کا کچھ حصہ عنق کی دائری شریان سے اور باقی حصہ مہبلی شریان کی بالائی شاخوں سے نکلتا ہے۔ اور یہ خط وسطی کے ساتھ ساتھ مہبل کی اگلی اور پچھلی دونوں طرفوں پر سے گذرتی ہے۔ تفمم مذکور کے علاوہ مہبلی قبووں کے خطوں پر رحمی شریان کی شاخوں کے ساتھ کئی ایک ربط براہ راست پیدا ہو جاتے ہیں۔ مہبلی وریدیں باسوری (hæmorrhoidal) اور مثانی ضفیروں سے آزادانہ ربط و راہ رکھتی ہیں۔

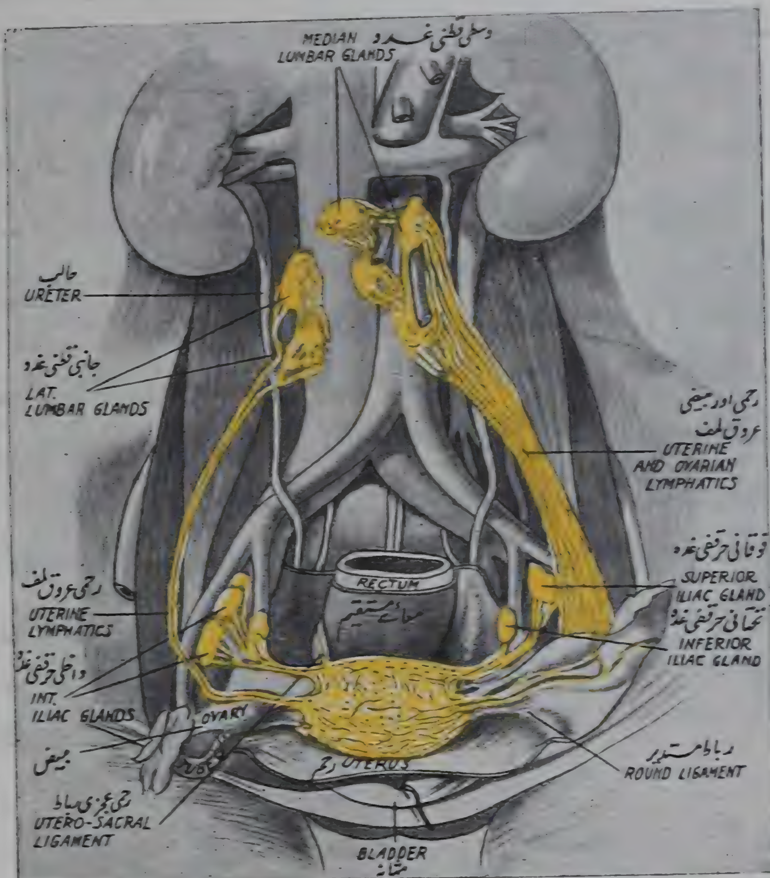
داخلی حیائی شریانیں (internal pudic arteries) جو داخلی
حقفی شریانوں کی مقدم قسمت کی شاخیں ہیں ان حصوں کو دموی رسد بہم پہنچاتی ہیں جن سے فرج
و عجانی جسم بنتا ہے۔ عرق کا تناعانی محراب (pubic arch) کی کور کے نیچے گہرا واقع ہوتا ہے،
و اس سے کئی ایک شاخیں نکلتی ہیں۔ ان میں سے دو اہمیت رکھتی ہیں :- (۱) ایک بڑی شاخ
فرج کے پچھلے حصہ تک پہنچتی ہے اور بارتھولینی غدہ کو رسد بہم پہنچاتی ہے (دیکھو شکل ۴۶ د)۔
شاخ مرد کی شریانِ بصلہ (artery to the bulb) کی متناظر ہے۔ (۲) ایک مقدم
نہائی شاخ جو بظر اور دہلیز (vestibule) کو رسد بہم پہنچاتی ہے۔ یہ شریانِ بظر (artery
to the clitoris کے نام سے موسوم ہے شکل (۴۵ م)۔ رفیق وریدیں کثیر التعداد ہوتی
ہیں، اور ان میں بعض اسفل باسوری (inferior hæmorrhoidal) میں اور بعض اسفل
ثانی ضفیرہ میں جاتی ہیں۔ دوران حمل میں اکثر اوقات سطحی شعری شاخوں میں عظیم الجسامت
دوالیت پیدا ہو جاتی ہے۔ فرج کے گرد اگرد بہت کثیر العروق انتصاب پذیر بافت کا تقریباً ایک
مکمل حلقہ موجود ہوتا ہے۔ یہ بافت دو ہلالی الشکل جانبی تودوں میں مترتب ہوتی ہے جو مہبلی
بصلوں (vaginal bulbs) کے نام سے تعبیر کئے جاتے ہیں (دیکھو شکل ۴۵)۔ عمیق
مستعرض عجانی شریان (deep transverse perineal artery) اور شریانِ بظر
ان کو رسد بہم پہنچاتی ہیں۔ فرج کی گہری دریدگی سے شدید نزف واقع ہونے کا اندیشہ ہوتا ہے
چونکہ یہ حصے بہت کثیر العروق ہوتے ہیں۔

حوض کے عُروق لمف

(THE LYMPHATICS OF THE PELVIS)

تناسلی خطہ کے اکثر عروق لمف غدد کے چند سلسلوں میں خالی ہوتے ہیں جو گہرے واقع
ہوتے ہیں۔ ان میں سے پہلا حرقفی (iliac) یا زیر معدی (hypogastric) سلسلہ ہے جو دو گروہوں
پر مشتمل ہوتا ہے، یعنی فوقانی، جس میں سے اکثر غدد اس زاویہ میں واقع ہوتے ہیں جو مشترک
حرقفی شریان (common iliac artery) کی دو شاخگی سے بنتا ہے، اور چند غدد خارجی
حرقفی عرق (external iliac vessel) پہ پڑے ہوئے پائے جاتے ہیں، اور تحتانی، جو

رحمی شریان کے علاقہ میں زیرین لیول پر واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۵۱)۔ اور دوسرا غدد کا قطنی سلسلہ ہے
جو شکمی اورطہ کے حصۂ زیرین اور تحتانی ورید اجوف (inferior vena cava) پر واقع ہوتا ہے۔ 68

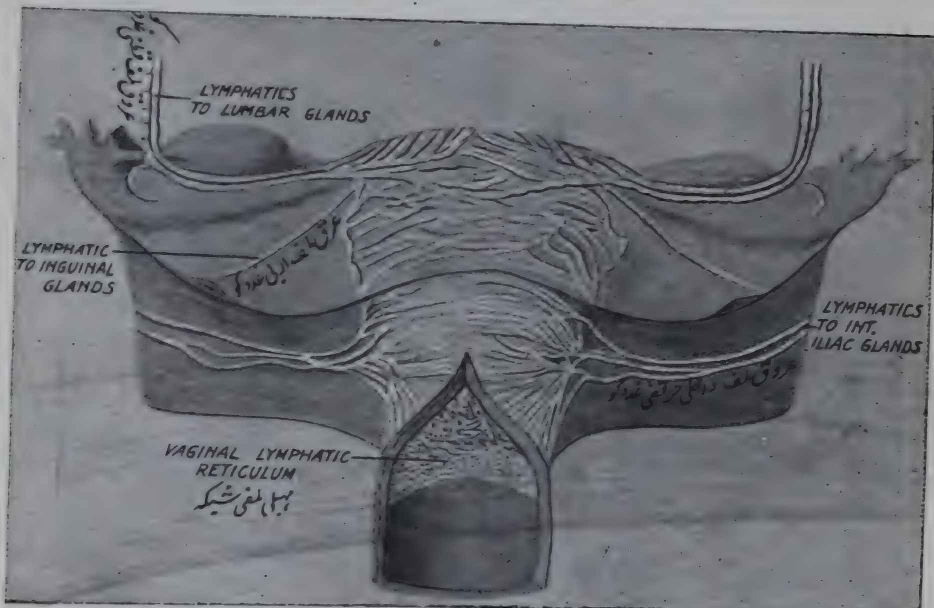


شکل ۵۱۔ زنانہ داخلی صنفی اعضا کے عروق لمف کا عمومی منظر (پوآئیے ریئر)۔

یہ سلسلہ ایک وسطی اور دو جانبی گروہوں پر مشتمل ہے (دیکھو شکل ۵۱)۔ دوسرے غدد جن میں تناسلی عروق لمف داخل ہوتے ہیں عجزی (sacral) گروہ کے غدد ہیں، اور ایک یا دو دیگر منفرد غدد بھی ہیں جو معائے مستقیم اور مہبل کے درمیان واقع ہوتے ہیں۔ سطحی غدد میں سے سطحی اربی غدد (superficial inguinal glands) کا جو بُنِ ران میں واقع ہوتے ہیں، صرف فوقانی گروہ ہی

ایسا ہے جو حوضی اعضا سے عروق لمف وصول کرتا ہے۔ لہٰذا غدد لمف کی جو کلانیاں مرض سے پیدا ہوتی ہیں وہ سریری امتحان سے شناخت نہیں کی جا سکتیں مگر تناسلی خطہ کے بعض رقبہ جات کے غدد اس امر سے مستثنیٰ ہیں۔

بیض اور فلوپی نلی کے عروق لمف عروق کے کئی ایک تنوں کی شکل میں جمع ہو جاتے ہیں

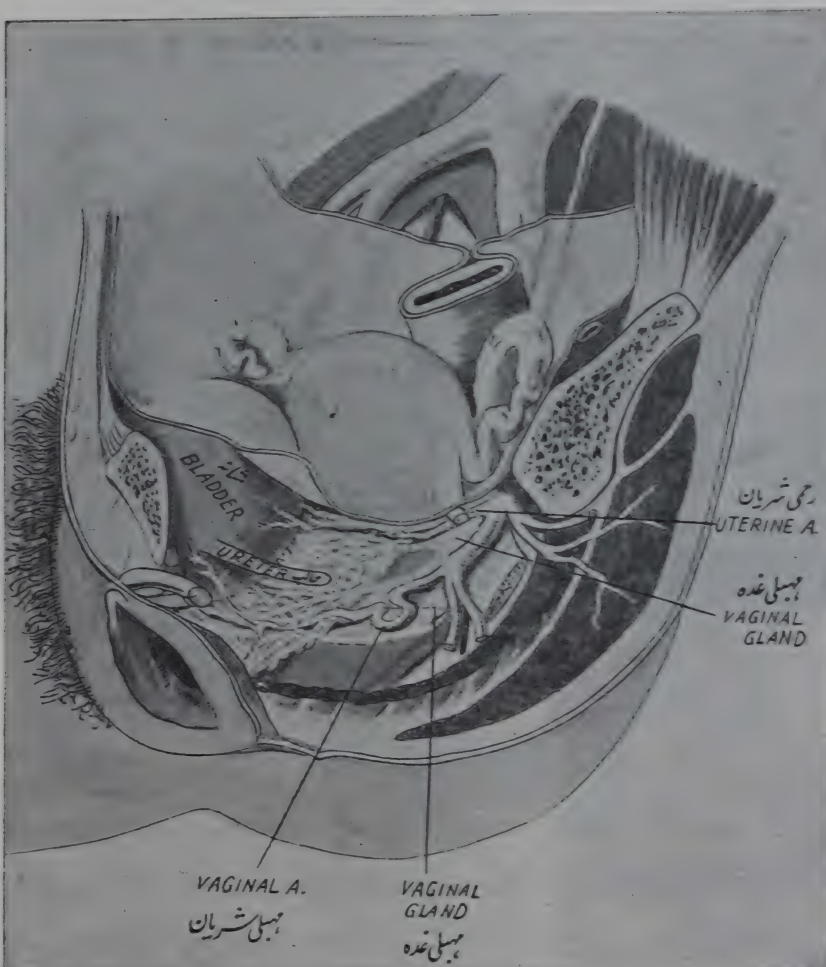


شکل ۵۲ ۔ رحمی عروق لمف (پوآئے ریئر)۔

جو بیضی شریان اور ورید کے ساتھ ساتھ چلتے ہیں، اور انہی کی رفاقت میں رباطِ عریض سے علیحدہ ہو جاتے ہیں (دیکھو شکل ۵۱)۔ یہاں سے یہ حالب کے سامنے کی طرف سے حوض کی گگر کے اوپر سے گذر کر اوپر کی طرف کو چلے جاتے ہیں، اور آخر کار قطنی غدد کے جانبی گروہ سے مل جاتے ہیں۔ اِن غدد کا بایاں گروہ اورطہ پر اور دایاں تحتانی ورید اجوف (inferior vena cava) پر واقع ہوتا ہے۔

جو لمفی تنے رحم سے نکلتے ہیں ان کا امر اتنا سادہ نہیں ہوتا۔ قعر کے اور جسم رحم کے دیگر حصوں کے عروق کے تفمم سے دو یا تین بڑے بڑے لمفی عرقی تنے طیار ہو کر بیض کے نیچے سے باہر کی جانب کو چلے جاتے ہیں، اور اپنے ہم طرف بیضی عروق لمف کی رفاقت میں اسی طرف کے قطنی غدد کے

راسی گروہ تک پہنچ جاتے ہیں (دیکھو شکل ۵۲)۔ قعر سے ایک اور چھوٹا سا لمفی تنا نکل کر مندیر رباط کے ساتھ ساتھ آگے کی طرف کو چلا جاتا ہے۔ اور شکمی کہفہ سے داخلی شکمی حلقہ (internal abdominal ring) سے باہر نکل کر آخر کار سطحی اربی غدد (superficial inguinal glands)



شکل ۵۳۔ مہبل کے عروق لمف اور وہ غدد جن میں یہ داخل ہوتے ہیں (پوآئے ریئر)۔

کے فوقانی گروہ سے جا ملتا ہے۔ عنق کے عروق لمف تین یا چار بڑے بڑے تنوں میں جمع ہو کر رباط عریض کے

زیرین حصہ میں باہر کی جانب چلے جاتے ہیں، اور داخلی حرقفی (internal iliac) سلسلۂ غدد کے فوقانی گروہ سے جا ملتے ہیں (دیکھو شکل ۵۱)۔ اس گروہ تک پہنچنے سے پیشتر ایک چھوٹا سا غدہ رباط عریض کے قاعدہ میں عنقی مہبلی مقام اتصال کے پہلو پر پایا جاتا ہے۔ ایک چھوٹا سا لمفی عرق رحمی عجزی رباط (utero-sacral ligament) میں بھی ملتا ہے جو عجزی غدد (sacral glands) سے جا ملتا ہے۔ رحم، بیض، اور فلوپی نلی کے عروق لمف کے درمیان آزادانہ تفمم پایا جاتا ہے، نیز یہ عروقِ لمف کے ساتھ بھی متفمم ہوتے ہیں جو قرب وجوار کے حوضی اعضا اور مہبل سے آتے ہیں۔

جیسا کہ پوائے ریئر (Poirier) نے بیان کیا ہے، مہبلی عروق لمف تین گروہوں پر مشتمل ہیں۔ فوقانی گروہ کے بعض عروق لمف عنق کے عروق سے ملجاتے ہیں، اور داخلی حرقفی غدد (internal iliac glands) کے فوقانی گروہ میں چلے جاتے ہیں، اور بقیہ اسی سلسلۂ غدد کے تحتانی گروہ میں براہ راست پہنچ جاتے ہیں۔ وسطی مہبلی عروق لمف بھی داخلی حرقفی غدد کے تحتانی گروہ سے جا ملتے ہیں، لیکن ایک یا دو چھوٹے چھوٹے تنے ان دو غدد تک پہنچ جاتے ہیں جو معائے مستقیم کی ہر دو جانب پر واقع ہوتے ہیں۔ ان غدد کو فوقانی باسوری غدد (superior hæmorrhoidal glands) سے ربط حاصل ہوتا ہے (شکل ۵۲)۔ پوائے ریئر (Poirier) کے مطابق تحتانی مہبلی عروق لمف بھی جو پردۂ بکارت کے پہلو تک کے حصوں کا لمف لے جاتے ہیں داخلی حرقفی سلسلہ کے تحتانی گروہ میں خالی ہوتے ہیں۔

جملہ فرجی عروق لمف جن میں پردۂ بکارت کے عروق لمف بھی شامل ہیں سطحی اربی سلسلہ (superficial inguinal chain) کے فوقانی گروہ سے جا ملتے ہیں۔ ہر دو اطراف کے عروق میں آزادانہ طور پر باہمی تفمم موجود ہوتا ہے، جس سے فرج کے یکجانبی یا وسطی ضرر سے غدد کے دونوں سلسلہ جات کے سرائت زدہ ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔

زنانہ حوضی اعضا کی تعصیب

(INNERVATION OF THE FEMALE PELVIC ORGANS)

عورت میں جو اعصاب تناسلی اعضا کو رسد پہنچاتے ہیں وہ زیادہ تر مشارکی عصبی نظام سے آتے ہیں۔ نزد مشارکی نظام (para-sympathetic system) کا قائم مقام صرف

حوضی عصب ہی ہوتا ہے، جو چوتھے اور پانچویں عجزی کی مقدم ابتدائی قسمت سے حاصل شدہ چند ریشوں پر مشتمل ہوتا ہے، اور گاہے گاہے اس میں تیسرے عجزی تنوں کے ریشے بھی پائے جاتے ہیں۔ حوضی احشاء میں خود آئین اعصاب (autonomic nerves) کا جو تفرع ہوتا ہے اس کا بیان ڈیہل (Dahl) نے دیا ہے، اور حال ہی میں اے۔ کنٹز (A. Kuntz) نے بھی اس کا تذکرہ کیا ہے۔

مبیض (Ovary)۔ ڈیہل کے مطابق مبیض کی بیشتر عصبی رسد مبیضی ضفیرہ سے آتی ہے جو مبیضی شریان کا رفیق ہوتا ہے اور جس کے ریشے اورطی اور کلوی ضفیروں سے آتے ہیں (دیکھو شکل ۳۵۔ کنٹز)۔ کنٹز کا یہ بیان ہے کہ ان بنڈلوں میں سے بہتوں کا تعاقب مبیضی ضفیرہ سے کیا جا سکتا ہے جو مبیضی شریان کی ابتدا پر واقع ہوتا ہے۔ اس عقدہ کی وساطت سے مبیضی ریشے شکمی (cœliac) اور فوقانی ماساریقی (superior mesenteric) عقود سے ربط و راہ رکھتے ہیں۔ جو عصبی ریشے مبیضی عروق کو گھیرے ہوتے ہیں ان سے فلوپی نلی کو بھی رشتک جاتے ہیں، اور رحمی ضفیرہ میں سے ہو کر رحم کو بھی۔ مبیض کے درآرندہ ریشے دسویں صدری عصب سے آتے ہیں۔

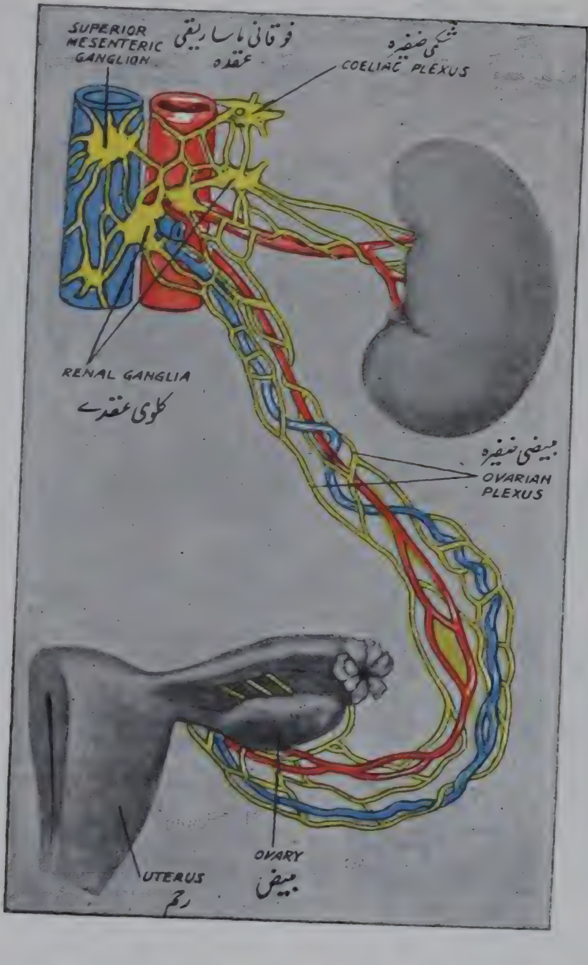
مبیضین کی درونی تعصیب کا مطالعہ ایبل (Abel) اور میکل رائے (Mcllroy)، برل (Brill) اور دوسروں نے کیا ہے۔ ان کا بیان ہے کہ عصبی ریشوں کا تفرع گرافی جراب اور جسم اصفر تک پایا جاتا ہے اور یہ عرقی اور رخنی بنڈلوں تک بھی پہنچتا ہے۔

کنٹز (Kuntz) اس مختص تفرع کی تصدیق نہیں کر سکا، اور وہ اس نتیجہ پر پہنچا ہے کہ اعصاب صرف عروق خون کو اور ان دوسری ساختوں کو جاتے ہیں جن میں عضلۂ املس موجود ہوتا ہے۔ گرافی جراب اور رخنی ساخت کے اعصاب میں جو تعلق ہے وہ ان رقبوں کی صرف عرقی رسد کا نتیجہ ہے۔ گاہے گاہے عقدی خلیات بھی مبیض میں پائے جاتے ہیں مگر یہ باقاعدہ طور پر نہیں پائے جاتے (دیکھو شکل ۲۶۔ ۲۷۔ ۲۸)۔

فلوپی نلی۔ فلوپی نلی کی عصبی رسد مبیضی اور رحمی دونوں ضفیروں سے آتی ہے، اور
71 اس میں مغز پیچی اور غیر مغز پیچی دونوں قسم کے ریشے موجود ہوتے ہیں۔ عصبی رشتکوں کا ایک ارتکاز
نلی کے رحمی سرے پر پایا جاتا ہے مگر اس میں کوئی عقدہ شناخت نہیں کیا جا سکا۔ ایسا معلوم ہوتا ہے
کہ اصلی عصبی رسد عضلی اور عرقی عناصر کو جاتی ہے، اور عصبی عناصر کا کوئی ایسا تفرع شناخت

نہیں کیا جا سکا جو انبوبی سر حلمہ کو جاتا ہے۔

رحمی مہبلی ضفیرہ (Utero-vaginal Plexus)۔ رحم کی بیشتر عصبی رسد رحمی ضفیرہ سے آتی ہے جو زیر معدی ضفیرہ (hypogastric plexus) کی ایک شاخ ہے یا

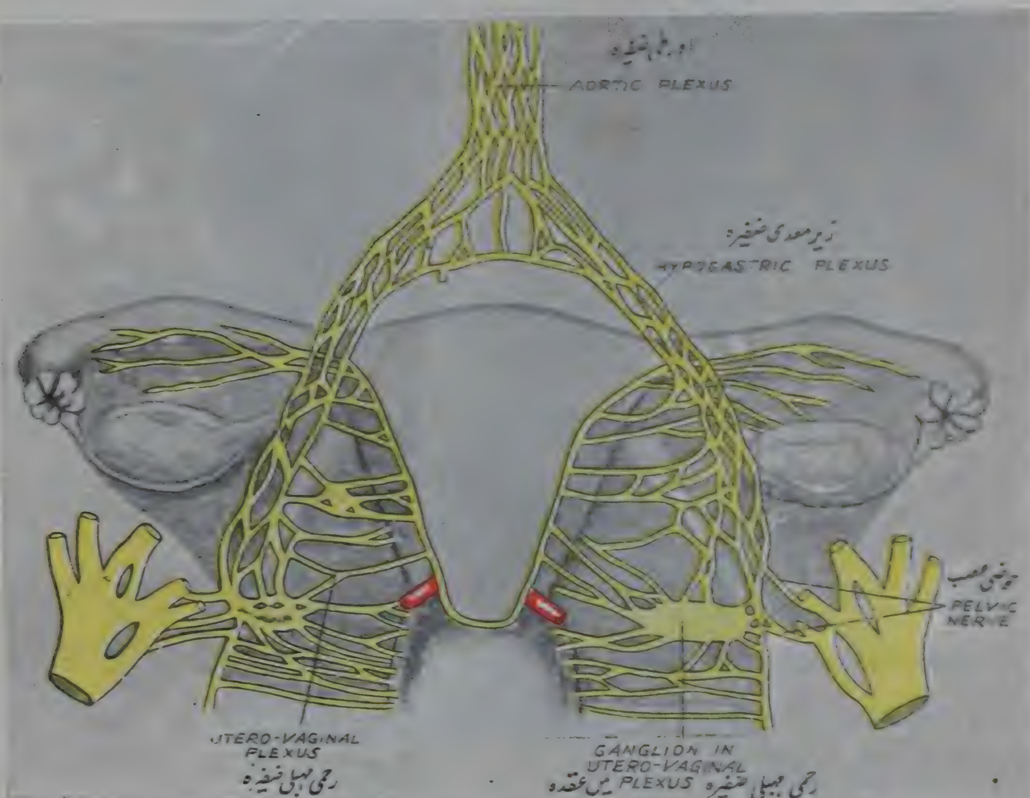


شکل ۵۴۔ مبیضین کی تعصیب کی ارتسامی توضیح (ڈیہل کے مطابق)۔

اور مرد کے قدامی ضفیرہ (prostatic plexus) کا متناظر ہے (شکل ۵۵)۔ رحمی ضفیرہ میں زیرین قطنی اور عجزی مشارکی تنوں اور دوسرے، تیسرے اور چوتھے عجزی اعصاب سے بھی ریشے آکر راست ملتے ہیں۔ نیچے کی طرف یہ مہبلی ضفیرہ سے، اور عصبی رشتوں کے ایک کثیف تودہ سے

ملا ہوتا ہے جو زیادہ تر اُن نزد مشار کی عناصر سے مرکب ہوتا ہے جو دیوار ہائے مہبل اور مخاطیہ اور بظر کی کھنکی بافت کو رسد پہنچاتے ہیں۔ بظر کو ظہری (dorsal) عصب سے بھی رسد پہنچتی ہے جو حیائی (pudendal) عصب کی ایک شاخ ہے۔

رحمی مہبلی ضفیرہ میں ایک عقدہ موجود ہوتا ہے جو نسبتہً عظیم الجسامت ہوتا ہے۔ یہ عنقی عقدہ
72 (cervical ganglion) کہلاتا ہے۔ اور یہ عنق الرحم کے لیول کے قریب قریب اس کی ظہری



شکل ۵۵۔ رحم اور مہبل کے برونی اعصاب کی ارتسامی توضیح (ڈیہل کے مطابق)۔

جانبی طرف پر عنقی مہبلی مقام اتصال کے بہت قریب واقع ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں اس مجرد عظیم الجسامت عقدہ کی جگہ چھوٹے چھوٹے عقدوں کا ایک گروہ پایا جاتا ہے جو ایک بڑے سے

عقدی تودہ پر مشتمل ہوتا ہے جس میں سے رحم کو جانے والے تمام اعصاب گذرتے ہیں (شکل ۵۵)۔ دیوار رحم میں عصبی ریشے رحمی عضلی نظام اور عروق خون میں متفرع ہوجاتے ہیں، اور یہ عضلی بنڈلوں کے متوازی جاتے ہیں۔ چند ریشوں کا دروں رحمہ تک بھی تعاقب کیا جاسکتا ہے، لیکن اس امر کا کوئی ثبوت موجود نہیں کہ یہ غدد رحم کو رسد پہنچاتے ہیں۔

عورت کے حوضی احشاء کی تعصیب پر جو تجرباتی تحقیقات حال ہی میں کی گئی ہے اس سے یہ ثابت ہوا ہے کہ رحم اور قلوبی نلیوں پر مشارکی اعصاب کا اثر حرکی، اور نزد مشارکی نظام کا امتناعی ہوتا ہے۔ مزید برآں مضیق العروق سواق (impulses) مشارکی ریشوں میں سے، اور موسع العروق نزد مشارکی میں سے منتقل ہوتے ہیں۔ اسی قسم کی صورت حالات مرد میں بھی پائی جاتی ہے۔

زیر معدی اعصاب (hypogastric nerves) کا اثر رحم کے عضلی نظام پر حرکی ہوتا ہے، اور حوضی عصب کو ہیجان پہنچانے سے رحم کے انقباض پر امتناعی اثر پڑتا ہے، اور عروق خون متسع ہوجاتے ہیں۔ مگر عصبی اثرات سے قطع نظر رحمی عضلہ میں دوسرے املس عضلہ کی طرح متوازن انقباض کی موروثی قابلیت موجود ہے، اور ایسے حیوانات میں وضع حمل ہوا ہے جن میں تجربہ کے طور پر رحم کے تمام بیرونی اعصاب کاٹ دیئے گئے تھے۔ انسانی موضوع کی ان مثالوں پر بھی یہی صادق آتا ہے جن میں حبل شوکی کے ضرر سے جسم کے نیچے کے حصہ میں شلل واقع ہوگیا ہو۔

ہم (بی۔ ڈبلیو) نے یہ معلوم کیا ہے کہ ٹروپاکوکین (tropa-cocaine) سے پیدا کردہ شوکی بے حسی درد (spinal analgesia) کے زیر اثر رحم کی مدافعتی استعداد زائل ہوجاتی ہے، مگر رحم کے جسم اور اس کی عنق کے دائری ریشے ایک تشنجی انقباض کی حالت میں رہتے ہیں۔ اس امر کی تصدیق ایلک بورن (Aleck Bourne) نے کی ہے۔

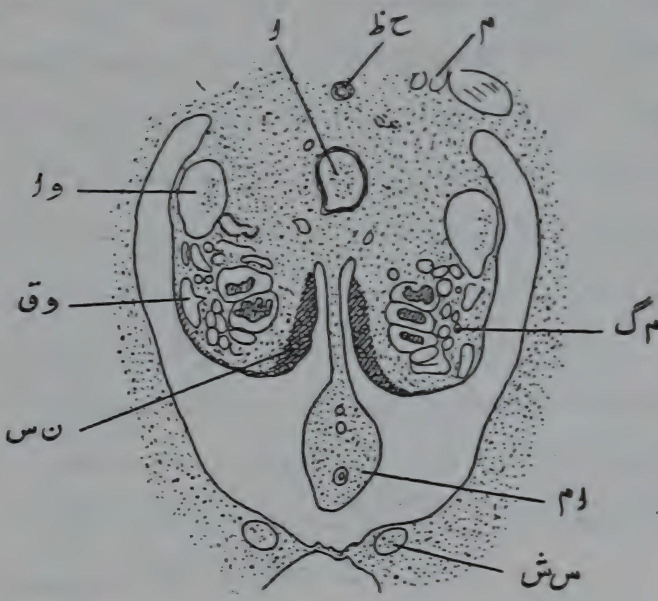
نسائیاتی مرضی حالات میں جو درد بعید پیدا ہوتا ہے جلد پر اس کی ایک معین تقسیم ہوتی ہے (دیکھو درسی کتب متعلقہ "فعلیات")۔ خارجی اعضا کو حیائی عصب (pudic nerve) (عجزی ضفیرہ) سے، تحتانی حیائی عصب (inferior pudendal nerve) سے جو صغیر نسائی کی شاخ ہے، اور حرقفی اربی عصب (ilio-inguinal nerve) سے جو قطنی ضفیرہ کے بالائی حصہ سے آتا ہے، رسد پہنچتی ہے۔

عضلہ رافع مبرز (levator ani) اور سطحی عجانی عضلات کو جو اعصاب رسد پہنچاتے ہیں وہ حیائی عصب اور عجزی اور عصعصی ضفیروں سے آتے ہیں۔

زنانہ تناسلی بولی خطہ کا نمو

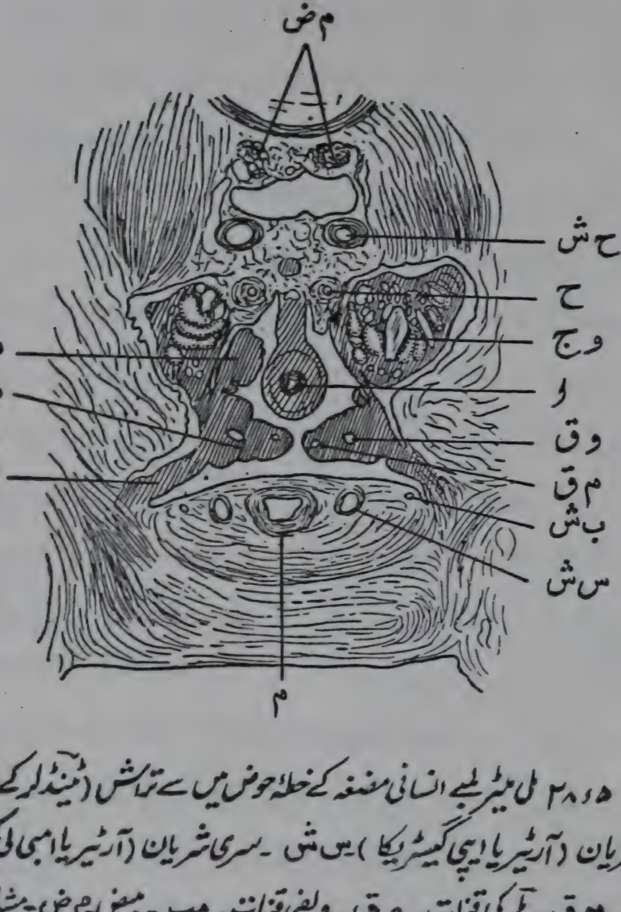
(DEVELOPMENT OF THE FEMALE GENITO-URINARY TRACT)

سیلومی کہفہ (cœlomic cavity) کی ظہری جانب اور فقری ستون کی دونوں جانبوں پر میان ناہض (mesoblast) سے کلیہ زا حبل (nephrogenic cord) بنتی ہے



شکل ۵۶ - ۵، ۹ ملی میٹر لمبے انسانی مضغہ کے خطہ شکم میں سے تراش (ٹینڈلر کے مطابق)۔ ا د۔ ظہری اورطہ (ایورٹا ڈارسیلس)۔ س ش۔ سری شریان (آرٹیریا امبی لی کیلس) ح ظ۔ حبل ظہری (کارڈا ڈارسیلس)۔ آ۔ آنت ۔ و ق۔ ولفی قنات۔ ن س۔ تناسلی غدہ جو نبتی سرحلمہ سے بن رہا ہے۔ م۔ مشارکی ضفیرہ۔ (سمپیتھیٹک پلیکسس) م گ۔ میاں گردہ (میسونیفراسس) معہ قنالوں اور قنبلکوں کے۔ و ا۔ وریدا جوف (وینا کیوا)۔

جس سے انسان میں تین کلیہ زا اعضا علیحدہ علیحدہ متمیز ہوتے ہیں۔ یہ اعضا پیش گردہ (pronephros)
میاں گردہ (mesonephros) اور بعد گردہ (metanephros) کے ناموں سے موسوم ہیں۔
پیش گردہ بہت ناقص النمو ہوتا ہے، اور ایک قنبلک (glomerulus) اور ایک
قنات پر مشتمل ہوتا ہے۔ ٹینڈلر (Tandler) کے بیان کے مطابق یہ مکمل طور پر غائب ہو جاتے ہیں۔
مگر کیتھ (Keith) کا یہ خیال ہے کہ پیش گردی قنات کے جسمی سرے سے فلوپی نلی کا فراخا (ampulla) 4



شکل ۷، ۵۔ ۵، ۲۸ ملی میٹر لمبے انسانی مضغہ کے خطۂ حوض میں سے تراشش (ٹینڈلر کے مطابق)۔ ب ش۔
برمعدی شریان (آرٹیریا ایپی گیسٹریکا) س ش۔ سری شریان (آرٹیریا امبی لی کیلس) م۔ مثانہ۔
آ۔ آنت۔ م ق۔ نرکی قنات۔ و ق۔ ولفی قنات۔ مب۔ مبیض۔ م ض۔ مشار کی ضفیرہ۔ ب ت ش۔
بولی تناسلی شکن (یوروجینی ٹل فولڈ) م گ ش۔ میاں گردی شکن (میسونیفرک فولڈ)۔ و ج۔ ولفی جسم۔
ح۔ حالب۔ ح ش۔ حرقفی شریان۔

اور شکمی دہنہ (abdominal ostium) طیار ہوتا ہے۔ دیگر مشاہدین کی یہ رائے ہے کہ مارگینی کا کیسہ (hydatid of Morgagni) اور کوبلٹ کے انبیبات (Kobelt's tubules) بھی پیش گردی قنات کے آثار ہیں۔

ولفی جسم اور اس کی قنات میاں گردہ اور بعد گردہ دونوں سے طیار ہوتی ہے (دیکھو شکل ۵۶ - و ق - اور ۵۷ - و ج)۔ اس قنات سے ابتدائی بولی قنال (primary urinary canal) بنتی ہے۔ ولفی جسم جمجمی (cranial) اور ذنبی (caudal) دو حصوں میں منقسم ہوتا ہے۔ جمجمی حصہ حقیقی میاں گردہ کا اور ذنبی حصہ بعد گردہ کا متناظر ہوتا ہے۔ موخرالذکر سے مستقل گردہ کا ایک جزو بنتا ہے، اور آئندہ اس کا کچھ ذکر نہیں کیا جائیگا۔ میاں گردہ ظہری سیلومی دیوار کے باریطون کے نیچے سے ابھرا ہوتا ہے، اور اس سے یہ ایک باریطونی شکن کے ذریعہ سے جو میاں گردی ثنیہ (plica mesonephrica) کے نام سے تعبیر کیا جاتا ہے چپک جاتا ہے (دیکھو شکل ۵۷ - م گ ش)۔ اس شکن کے بننے کے بعد میاں گردہ کی وسطانی بطنی سطح کے سیلومی درون ادمہ (cœlomic entoderm) میں تکاثر شروع ہو جاتا ہے، جس سے تناسلی لکیر (genital streak) پیدا ہوتی ہے۔ یہ لکیر صنفی غدہ (sex gland) (مولدہ : gonad) کی پیشرو ہے (دیکھو شکل ۵۶ - ن س)۔ میاں گردہ پہلے پہل ایک بڑا غدہ ہوتا ہے، لیکن اس میں جلد ہی ذبولی تغیرات نمودار ہو جاتے ہیں، اور اس طرح میاں گردی شکن کا بالائی حصہ خالی رہ جاتا ہے۔ بعد ازاں یہی بالائی خالی شکن ڈایافرامی میاں گردی ثنیہ (plica diaphragmatica mesonephrica) میں تبدیل ہو جاتا ہے (دیکھو شکل ۵۸ - ڈ م ث)، جس سے انجام کار بیضی حوضی (ovario-pelvic) یا قمعی حوضی (infundibulo-pelvic) شکن کا آزاد کنارہ بن جاتا ہے۔ یہ کنارہ مبیض کے تعلیقی رباط (ligamentum suspensorium ovarii) کے نام سے موسوم ہے۔

ولفی نظام کے وہ حصے جو عورت میں برقرار رہتے ہیں مندرجہ ذیل ہیں:- (۱) جمجمی یا صنفی قطعہ کے آثار (تناسلی انبیبات : genital tubules) جو بر مبیض (epoöphoron) کی 75 شکل میں موجود ہوتے ہیں۔ یہ ایک ساخت ہے جو مبیض سے متماس ہوتی ہے، اور بعض اوقات جار المبیض (parovarium) یا عضو روزنملر (organ of Rosenmüller) کے نام سے موسوم کی جاتی ہے۔ یہ مرد کے بربخ (epididymis) کی متناظر ہے (دیکھو شکل ۵۸ - ب ط ق، ب م ق)۔ (۲) ذنبی (caudal) یا افرازی (اوّلی کلوی) قطعہ کے آثار جو

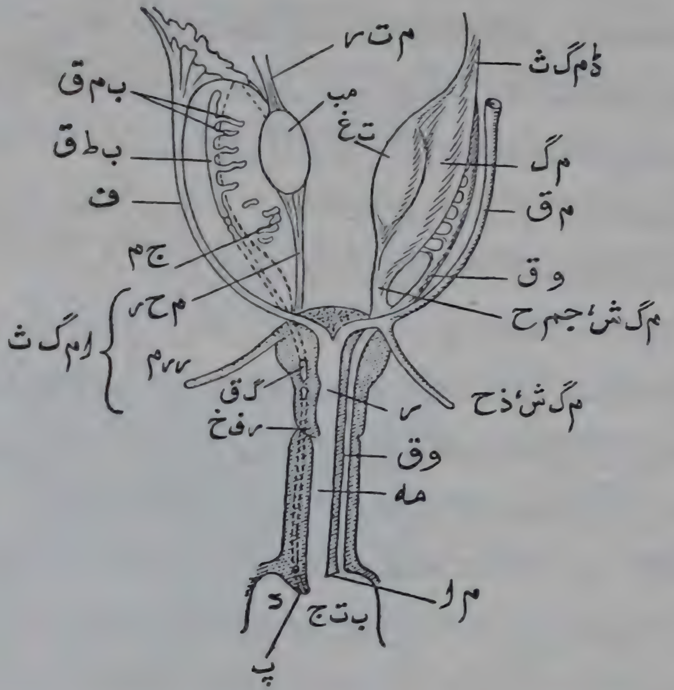
جانبی مبیض (paroöphoron) کی شکل میں قائم رہتے ہیں، اور مبیض اور رحم کے درمیان واقع ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۵۸۔ ج م)۔ یہ مرد کے نزد بربخ (paradidymis) کا متناظر ہے۔
(۳) ابتدائی بولی قنات کا ایک حصہ جو گیرٹنر کی قنات (duct of Gaertner) کے طور پر باقی رہتا ہے۔ یہ مرد کی قنات ناقلہ (vas deferens) کا مماثل ہے (دیکھو شکل ۵۸۔گ ق)۔

مبیضین (Ovaries)۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے مبیضین میاں گردہ (mesonephros) کی وسطانی بطنی سطح پر نام نہاد تناسلی لکیروں (genital streaks) کی شکل میں نشو و نما پاتے ہیں۔ اور اس کے ایک سرے سے دوسرے تک پھیلے ہوتے ہیں۔ انسانی جنین میں یہ لکیریں نسبتہً دیر سے پیدا ہوتی ہیں۔ متعرض تراش کاٹنے پر تناسلی لکیر (genital streak) سر حلمہ (منبتی سر حلمہ :germ-epithelium) کی کئی ایک تہوں سے مرکب نظر آتی ہے۔ اس میں بڑے بڑے خلیے نظر آتے ہیں جن میں بہت سا تخم مایہ (protoplasm) موجود ہوتا ہے، اور ان میں ایک ایک صاف نوات پایا جاتا ہے۔ یہی تناسلی خلیے (genital cells) ہیں۔ یہ خلیے تناسلی لکیر کے محض وسطی حصہ میں پائے جاتے ہیں۔ راسی اور ذنبی انتہاؤں پر یہ لکیر موٹی نہیں ہوتی، بلکہ ایک چپٹے شکن کی شکل کی ہوتی ہے۔ منبتی سر حلمہ (germ-epithelium) ماتحت بافت میں منبتی احبال (germinal cords) کی شکل میں بسرعت بڑھتا چلا جاتا ہے جن کی سالم مبیض کے نمو میں کوئی زیادہ اہمیت نہیں ہوتی کیونکہ جب ان سے ابتدائی جراب (primary follicles) طیار ہو چکتے ہیں تو ان کا بیشتر حصہ غائب ہو جاتا ہے، مگر کبھی کبھی انکے کچھ حصے باقی بھی رہ جاتے ہیں جن سے دویری نو ساختیں (cystic neoplasms) پیدا ہو جاتی ہیں (گڈال .Goodall)۔ تناسلی لکیر کی راسی انتہا نشو و نما نہیں پاتی، لیکن اس کے ذنبی سرے کے سر حلمہ میں ارتکاز واقع ہونے سے شبکی احبال (reticular cords) بن جاتے ہیں جو میاں گردہ (mesonephros) اور تناسلی غدہ (genital gland) کے درمیان حائل ہوتے ہیں۔ ان احبال کے باقی ماندہ حصوں سے دویری نو بالیدیں بھی پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے (گڈال :Goodall)۔ ابھی تک تناسلی غدہ (genital gland) مبیض یا خصیہ کے طور پر تمیز نہیں کیا جا سکتا۔ اور یہ فرق پہلے پہل ساٹھ ملی میٹر لمبے مضغوں (یا پانچ سے لیکر چھٹے ہفتہ کے) میں پایا جاتا ہے، یعنی خصیہ میں، پردۂ ابیض (tunica albuginea) اور تناسلی احبال (genital cords) میں ایک نمایاں نمو دکھائی دینا شروع ہو جاتا ہے۔ اگر اس درجہ پر تناسلی غدہ میں یہ ساختیں موجود نہ ہوں تو یہ اس کے مبیض ہونے کی

علامت ہے[1]۔ اس درجہ پر مبیض میں انفصالی بافت کا نمو شروع ہوجاتا ہے جو اس کی گہرائی سے بڑھنا شروع ہوتی ہے اور بڑھتے بڑھتے نبتی تہ (germinal layer) میں پہنچ جاتی ہے، اور نبتی سر حلمی خلیوں (germ-epithelial cells) اور تناسلی خلیوں (genital cells) کو گروہوں (بیضی جرابات: egg-follicles) میں تقسیم کردیتی ہے۔ ایسے ہر ایک جراب میں ایک تناسلی خلیہ ہوتا ہے جو نبتی سر حلمی خلیوں سے محصور ہوتا ہے۔ تناسلی (ابتدائی بیضی خلیوں) میں سوائے اس خلوی تقسیم کے جو ہر انفرادی گروہ میں واقع ہوتی ہے کوئی مزید زیادتی نہیں ہوتی۔ اسی اثنا میں مذکورہ گروہ ہیکلی بافت کے ذریعہ سے منقسم ہوتے جاتے ہیں۔ اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بیضی خلیے (egg-cells) تمام مبیض میں منتشر ہوجاتے ہیں۔ ان خلیوں اور سر حلمی خلیوں سے جو ان کے اردگرد واقع ہوتے ہیں ابتدائی جرابات (primordial follicles) بنتے ہیں۔ وہ جراب جو مبیض کے مرکز میں واقع ہوتے ہیں جنینی زندگی میں غائب ہونا شروع ہوجاتے ہیں۔ اور زندگی کے پہلے سال کے اخیر میں جراب محض قشرہ ہی میں پائے جاتے ہیں۔ پیدائش کے بعد جرابوں کی جسامت چند ہفتہ تک بڑھتی رہتی ہے، اور پھر سن بلوغ تک ان میں کوئی تغیر واقع نہیں ہوتا۔ شبکی احبال (reticular cords) سے جو میاں گردہ (mesonephros) اور مبیض کے درمیان حائل ہوگئے تھے جانبی مبیض (paroöphoron) بنتا ہے جو جوان عورت میں ناقص النمو ہوتا ہے۔ چھوٹے چھوٹے نالیچی دویرو (small hilum cysts) کی ابتدا جو زندگی کے آخری حصہ میں دیکھنے میں آتے ہیں انہی سے ہوتی ہے۔ مبیض تناسلی لکیر (genital streak) کی وسطی ایک تہائی سے نمو پاتا ہے۔ اسکے راسی اور ذنبی سرے یا تو ناتمکمل رہتے ہیں، اور یا غائب ہوجاتے ہیں۔ وسطی حصہ بڑھتے بڑھتے میاں گردہ سے باہر نکل جاتا ہے حتیٰ کہ مذکورہ ساختیں محض ایک باریطونی شکن کے ذریعہ سے جڑی رہ جاتی ہیں۔ 76
جنینی مبیض ایک متطول غدہ ہوتا ہے (دیکھو شکل ۵۸ ۔ ت غ)۔ اور اس کی شکل اردگرد کی ساختوں کے مطابق ڈھلی ہوتی ہے۔ مبیض اپنی گول شکل ولادت کے بعد اختیار کرتا ہے۔

بیضی قناتیں (Oviducts)-(فلوپی نلیاں :Fallopian Tubes) مُلری قناتوں (Müllerian ducts) کے بالائی غیر متحدہ حصوں کی قائم مقام ہیں۔ انسانی موضوع میں یہ نسبتہً دیر سے ظاہر ہوتی ہیں۔ ۱۲ ملی میٹر لمبے مضغوں میں بیضی قناتیں ولفی قنات کی جانبی دیوار پر سیلومی سر حلمہ میں ایک اتھلے فجوہ کی شکل میں پیدا ہوتی ہیں۔ اور بڑھتے بڑھتے انکی ایک نلی بن جاتی ہے جس کا

[1] "خصیہ میں کوئی ساخت ایسی نہیں جس کا مماثل جنینی زندگی کے کسی نہ کسی حصہ میں مبیض میں نہ رہا ہو" (گنڈال)۔



شکل ۵۰۔ زنانہ اعضائے تناسل کے نمو کا خاکہ۔ تصویر کی بائیں جانب پر بالغ اعضا دکھائے گئے ہیں۔ اور دائیں جانب پر مقابلہ کے لئے مضغی ساختیں دکھائی گئی ہیں (ٹینڈلر کے مطابق)۔ ب ط ق۔ بر مبیض (ایپی فورون)، طولی قنات۔ ب م ق۔ بر مبیض، مستعرض قناتیں۔ گ ق۔ گیرٹنر کی قنات۔ ت غ۔ تناسلی غدہ (جینیٹل گلینڈ)۔ پ۔ پردۂ بکارت۔ م ح ر۔ مبیض کا حقیقی رباط۔ ر ر م۔ رحم کا رباط مستدیر۔ م ت ر۔ مبیض کا تعلیقی رباط۔ م گ۔ میاں گروہ (میسونیفراس) یا ولفی جسم۔ م ق۔ ملری قنات۔ م گ ش، جم ح۔ میان گردی شکن (میسونیفرک فولڈ)، حجمی حصہ۔ م گ ش، ذ ح۔ میان گردی شکن، ذنبی حصہ۔ م ا۔ ملر کا ابھار۔ ر ف خ۔ رحم کا فم خارجی۔ مب۔ مبیض۔ ج م۔ جانبی مبیض (پار اوفورون)۔ ڈم گ ث۔ ڈایا فراہی میاں گردی ثنیہ (پلائیکا میسونیفریکا ڈایافریگمیٹیکا)۔ ب ت ج۔ بولی تناسلی جوف (سائینس یوروجینیٹیلس)۔ ف۔ فلوپی نلی۔ ر۔ رحم۔ د۔ دہلیز فرج۔ مه۔ مہبل۔ و ق۔ ولفی قنات۔ ام گ ث۔ اربی میان گردی ثنیہ (پلائیکا انگوئینو میسونیفریکا)۔

راسی قطعہ قیف کی شکل کا ہوتا ہے۔ قیف کا تنگ ذنبی سرا پہلے پہل نلی کے بقیہ حصہ سے غیر مکمل طور پر
متحد ہوتا ہے اور اس مقام پر اکثر اوقات ایک زائد دہنہ (accessory ostium) بن جاتا ہے
(دیکھو شکل ۵۹) کیتھ (Keith) نے یہ نظریہ پیش کیا ہے کہ بعض قنات کا قیفی قطعہ ملری قنات
(Müller's duct) سے نمو نہیں پاتا بلکہ پیش گردہ (pronephros) سے پیدا ہوتا ہے۔
بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ مذکورہ بالا غیر مکمل اتحاد سے جو قیفی انتہا اور نلی کے بقیہ حصہ کے درمیان موجود
ہوتا ہے کیتھ کے اس نظریہ کی توثیق ہوتی ہے، کہ نلی کی جھالردار انتہا کی اصل قنات کے بقیہ حصہ کی
اصل سے مختلف ہوتی ہے، یعنی قبل الذکر باعتبار اصل پیش گردی (pronephric) اور موخر الذکر ملری
ہوتا ہے (دیکھو مارگینی کا کیسہ شکل ۶۰)۔ ملری قنات کا ذنبی حصہ ولفی قنات کے ساتھ ساتھ نیچے 77
کی طرف کو جاتا ہے۔ لہٰذا یہ دونوں قناتیں ایک ہی باریطونی شکن میں واقع ہوتی ہیں (دیکھو شکل ۵۷۔
و ق۔ م ق) جو متذکرہ سابقہ میاں گردی شکن سے پیدا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۵۷۔ م گ ش)۔
یہ شکن بولی تناسلی شکن (urogenital fold) کے نام سے موسوم ہے (دیکھو شکل ۵۷۔ ب
ت ش)، اور موخر شکمی دیوار اور جانبی حوضی دیوار پر واقع ہوتا ہے۔ یہاں سے یہ فرشِ حوض سے
بتدریج مرتفع ہوتا ہوا ایک مستعرض فاصل کے طور پر وسطی خط کی طرف مڑ جاتا ہے۔ اس کا وسطی حصہ
تناسلی شکن (genital fold) کے نام سے تعبیر کیا جاتا ہے، اور اس میں چار قناتیں ہوتی ہیں،
یعنی دو ملری (Müllerian) اور دو ولفی (Wolffian)، اور اس کے جانبی حصوں سے رباطِ عریض
(ligamentum latum) بنتا ہے۔ میاں گردہ (mesonephros) کے زیریں قطب کے
لیول پر ملری قناتیں ولفی قناتوں کو سامنے سے عبور کر کے خطِ وسطی پر ایک دوسرے سے مل جاتی ہیں
(دیکھو شکل ۵۸۔ و ق۔ م ق)، اور یہاں سے یہ دوش بدوش نیچے کی طرف گذرتی ہوئی تناسلی
بولی جوف (urogenital sinus) کی ظہری دیوار تک پہنچ جاتی ہیں (دیکھو شکل ۵۸۔ ب ت
ج)، جہاں ان کے اوپر اٹھنے سے ایک ابھار بن جاتا ہے۔ یہ ابھار ۲۸ ملی میٹر لمبے مضغوں میں
صاف صاف دکھائی دیتا ہے، اور مُلر کے ابھار کے نام سے موسوم ہے (دیکھو شکل ۵۸۔ م ا)۔
اس ابھار پر کھلنے سے پیشتر ملری قناتوں کے ایک دوسرے سے ملنے سے ایک مجرد قنال
بن جاتی ہے۔ جس مقام پر اتحاد شروع ہوتا ہے وہ بعد ازاں رحم کے فمِ خارجی کا متناظر بنجاتا ہے
(دیکھو شکل ۵۸۔ ر ف خ)۔ اس مقام سے اتحاد کے اوپر اور نیچے کی طرف پھیلنے سے رحمی
مہبلی قنال (utero-vaginal canal) بن جاتی ہے۔ یہ ۲۵ ملی میٹر لمبے مضغوں میں

(دوسرے مہینہ کے اخیر پر) پہلے دیکھی جا چکی ہے۔

انبوبی غشائے مخاطی کا نمو۔ چوتھے مہینے میں ایک سادہ طولی شکن نلی کے درونہ میں ظاہر ہوتا ہے۔ یہ ابتدائی مخاطی شکن ہے۔ ثانوی اور ثلاثی شکن بھی طولی ہوتے ہیں اور وہ ساتویں مہینہ کے قریب قریب ظاہر ہوتے ہیں۔ جھالریں نلی کے سرے پر کند ابھاروں کی شکل میں پیدا ہوتی ہیں۔

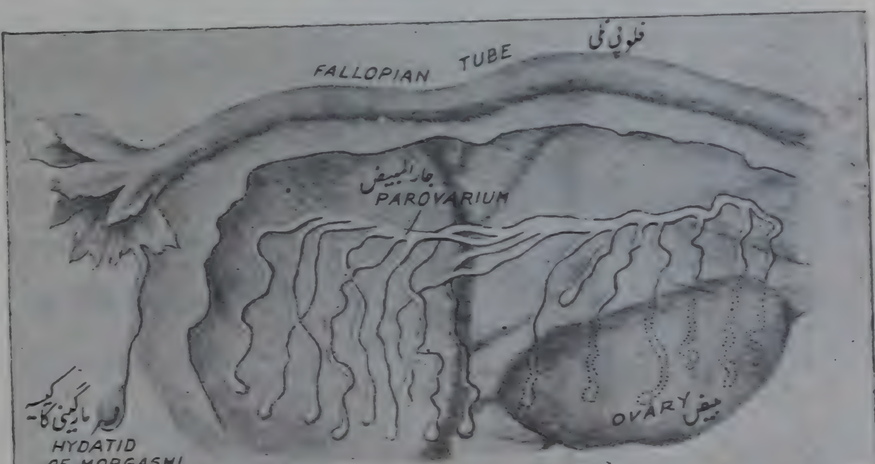
برمبیض (Epoöphoron) **یا جارالمبیض** (Parovarium)۔ جارالمبیض یا عضو روزنملر (organ of Rosenmüller) ایک آثاری بافت ہے جو عریض رباطات کے بالائی حصہ، جسے بالعموم ماساریقائے انبوبہ (mesosalpinx) کہتے ہیں، کی تہوں کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ یہ مرد کے بربخ (epididymis) اور قنات ناقلہ (vas deferens) کا نظیر ہے، اور میان گردہ کے جمجمی قطعہ کا قائم مقام ہے جس سے ولفی جسم (Wolffian body) اور اس کی قنات پیدا ہوتے ہیں۔ بالغ عورت کے رباط عریض میں، نلی اور مبیض کو ایک دوسرے سے علیحدہ کرنے اور نیم شفاف ماساریقائے انبوبہ (mesosalpinx) سے کافی روشنی کو گذرنے کا موقع دینے سے، یہ خالی آنکھ سے بآسانی دیکھا جا سکتا ہے (دیکھو شکل ۶۰)۔ بچہ میں یہ ناقص النمو ہوتا ہے، مگر یہ آہستہ آہستہ بڑھتا جاتا ہے حتیٰ کہ زندگی کے وسطی حصہ میں نمو کے بلند ترین قیام پر پہنچ جاتا ہے۔ اس میں مختلف التعداد (عموماً بارہ) انتصابی انبیبات ہوتے ہیں جو مبیض کے نافجہ کے قریب اعور سروں کے سے دکھائی دیتے ہیں، اور فلوپی نلی کی جانب اوپر کی طرف جا کر ایک بڑے افقی انبیب سے جا ملتے ہیں جو ان سے قائمہ زاویہ پر گذرتا ہے۔ موخر الذکر انبیب کا خارجی سرا اعور ہوتا ہے، اور بعض اوقات متعدد شاخوں میں



شکل ۵۹۔ اس فلوپی نلی کا ایک زائد شکلی دہنہ ہے۔
ا۔ طبعی دہنہ۔ ب۔ زائد دہنہ۔

منقسم ہوتا ہے جو کوبلٹ کی نلیوں (Kobelts tubes) کے نام سے موسوم ہیں۔ اس کا اندرونی حصہ رحم کی طرف جا کر نیچے کی جانب خم کھا جاتا ہے، اور عریض رباط کی تہوں میں سے گذر کر مہبلی قبوں (vaginal fornices) تک پہنچ جاتا ہے، اور بعض اوقات اس کا تعاقب مقدم مہبلی دیوار کے ساتھ ساتھ فرج تک بھی کیا جاسکتا ہے۔ یہ لمبی نلی قنات ناقلہ (vas deferens) کی مماثل ہے، اور گیرٹنر کی قنات (Gaertner's duct) کہلاتی ہے۔

بربیضی یا جارالبیضی انبیبات کی دیوار سادہ عضلہ پر مشتمل ہوتی ہے، اور ان میں ایک واضح ورونہ برقرار رہتا ہے جس کا استر ستونی ہدبی سرحلمہ کا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۶۱)۔ دویری اتساعات (cystic dilatations) اکثر اوقات جوان عورتوں میں دیکھنے میں آتے ہیں۔ حقیقی جارالبیض (parovarium proper) میں انتصابی اور افقی انبیبات تقریباً ہمیشہ مل سکتے ہیں، لیکن



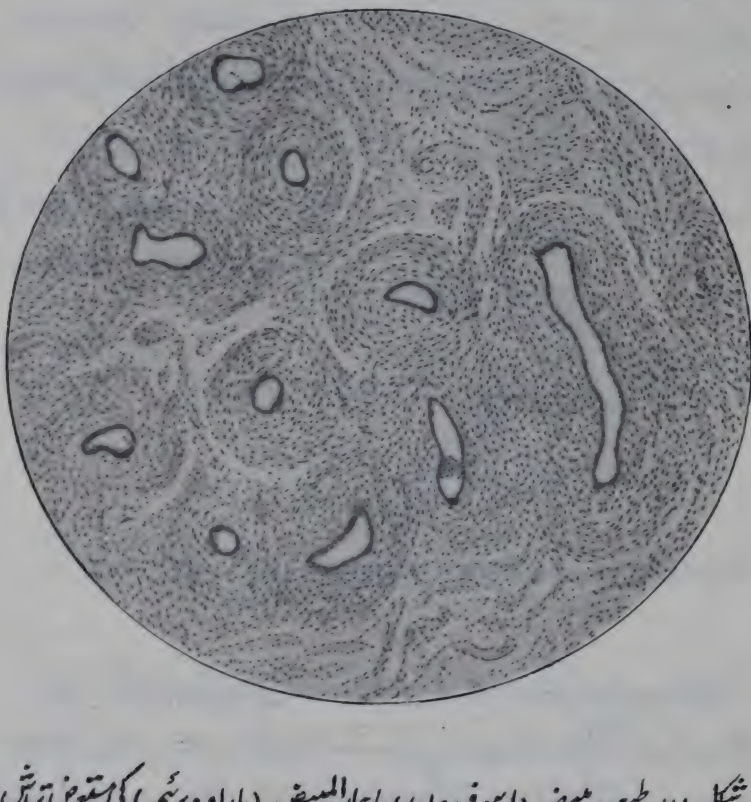
شکل ۶۰۔ بربیض (ایپوفورون) یا جارالبیض (پاراوریریم) (روزنملر کا عضو) ماساریقائے انبوبہ کی تقطیع سے معرا کیا گیا ہے۔

وہ نزولی اطالت جس سے گیرٹنر کی قنات بنتی ہے بسا اوقات موجود نہیں ہوتی۔ فلوپی نلی کے شکمی دہنہ کے نیچے ماساریقائے انبوبہ (mesosalpinx) سے چپکا ہوا ایک چھوٹا سا مٹر کے برابر ڈنڈی دار دویرہ بالعموم پایا جاتا ہے، جو مارگینی کا کیسہ (Hydatid of Morgagni) کہلاتا ہے

(شکل ۶۰)۔ یہ ایک انحطاط یافتہ مستبقی انبوبی جھالر کا قائم مقام ہے، اور اس لئے اپنی اصل کے لحاظ سے پیش گردی (pronephric) ہے۔

رحم اور مہبل۔ چوتھے مہینہ پر رحم اور فلوپی نلی کی تفریق کی نشان دہی اس مقام سے ہوتی ہے جس پر میاں گردی یا بولی تناسلی شکن طری نلیوں سے چپکا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۵۸۔ م گ ش، جم ح اور م گ ش، ذ ح)۔ اس مقام کے اوپر کا حصہ فلوپی نلی اور نیچے کا حصہ رحمی مہبلی قنال بنتا ہے۔ رحم اور مہبل کی تفریق پہلے پہل سرحلمی استروں کے باہمی اختلاف سے دیکھنے میں آتی ہے۔ رحم کا سرحلمی استر محض استوانہ نما ہوتا ہے اور مہبل کا طبق دار۔

79 طری قناتوں کا ممر ابتداءً مقدم جانب پر مقعر ہوتا ہے، اور رحمی مہبلی قنال کے خطہ پر



شکل ۶۱۔ طبعی بربیض (ایپو فورون) یا جار المبیض (پارا و ویریئم) کی مستعرض تراش
۱۰۵×۔ انبیبیات کی دیواروں کی دبازت ملاحظہ کیجائے۔

ان میں ایک خم پیدا ہو جاتا ہے جو مہبل اور رحم کی حد فاصل کا متناظر ہوتا ہے۔ پانچویں مہینہ میں عنق کے مہبلی حصہ (portio vaginalis cervicis) اور مہبلی قبووں (vaginal fornices) کی تکوین ہوتی ہے۔ اسی زمانہ میں مہبل کا درونہ اس سرحلمی ڈاٹ کے غائب ہو جانے سے کھل جاتا ہے جو اس کے زیریں سرے میں ہوتی ہے۔ نیز شکنی ستون (columnæ rugarum) بھی ساتھ ہی مہبل میں پیدا ہو جاتے ہیں' (دیکھو شکل ۴۸۔ صفحہ ۶۳)' اور نخل حیات (arbor vitæ) عنق میں نمودار ہو جاتا ہے۔ قبل الذکر مہبل کے فرجی سرے پر نمودار ہو کر اوپر کی طرف پھیل جاتے ہیں۔ ساتویں مہینہ میں عنق میں غدد پیدا ہوتے ہیں اور رحم میں یہ ولادت پر ہی نمودار ہو جاتے ہیں۔

پانچویں مہینہ کے قریب قریب ملری تنات کے جملہ مشتقات میں عضلہ کی ایک تہ پیدا ہو جاتی ہے جو نلی اور رحم کے مقام پر دائری' اور مہبل میں طولی ہوتی ہے۔ مہبلی عضلی نظام عنق کے مہبلی حصہ (portio vaginalis cervicis) کے پیول پر پھیل جاتا ہے۔ چھٹے اور ساتویں مہینہ میں ایک مضبوط تحت مخاطی عضلی طبقہ ظاہر ہوتا ہے جو فلوپی نلی کے طویل محور کے متوازی ہوتا ہے۔

جنینی زندگی کے اختتام پر تحت مصلی بافت میں ایک اور عضلی تہ کا اضافہ ہو جاتا ہے جو سن بلوغ تک بڑھتی رہتی ہے۔ تحت مصلی عضلی تہ رحم' رباط مستدیر' بیضی رباط' اور رحمی عجزی شکنوں (utero-sacral folds) میں بیک وقت نمو پاتی ہے۔

بولی تناسلی جوف کا نمو اور بولی اور تناسلی خطوں کا ایک دوسرے سے اور بولی تناسلی جوف سے اتحاد

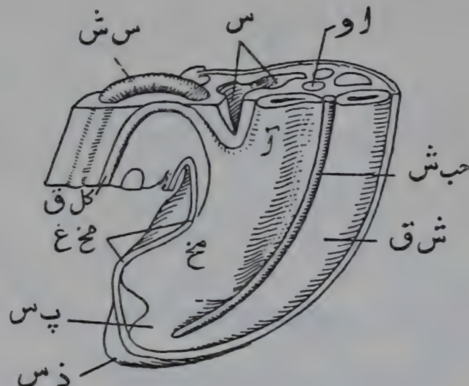
چونکہ بولی تناسلی جوف مخرج (cloaca) سے پیدا ہوتا ہے اس لئے موخر الذکر کا پہلے بیان کرنا ضروری ہے۔

۳ ملی میٹر لمبے جنین میں پس روده (hind gut) سے ایک جیب (مخرج: cloaca) طیار ہوتی ہے جو ایک جانب سے دوسری جانب تک چپٹی ہوتی ہے (دیکھو شکل ۶۲۔ ج)۔ اس میں
80 اس کی بالائی اور مقدم جانب پر کلمیہ (allantois) کھلتا ہے (دیکھو شکل ۶۲۔ ۶۳ اور ۶۴۔ کل ق)۔ مخرج (cloaca) کی بطنی دیوار پیٹ کی دیوار کے بروں ادمہ (ectoderm) کے برابر برابر ناف سے لیکر دُم کے ابھار تک پھیلی ہوتی ہے' اس لئے بروں ادمہ اور دروں ادمہ یہاں ایک دوسرے سے

متماس ہوتے ہیں۔ ان تہوں سے ایک بطنی حد قائم ہوتی ہے اور مخرجی غشا (cloacal membrane) یا صحفہ (plate) بنتا ہے (دیکھو شکل ۶۲ مخ غ)۔

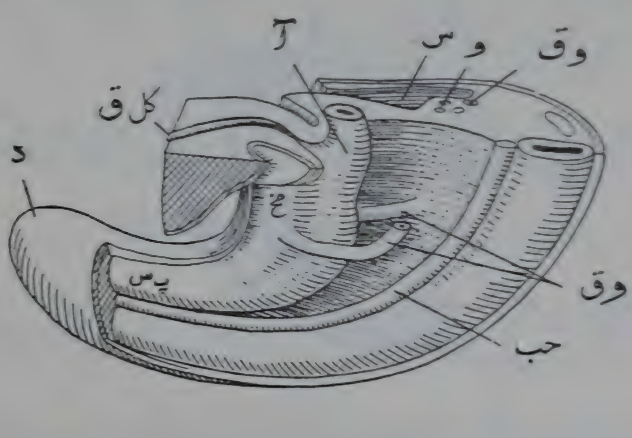
سیلومی کہفہ (cœlomic cavity) نمو کے کافی ابتدائی حصہ میں ایک کھوکھلی مہمیز کی شکل میں نیچے کی طرف کو بڑھتا ہوا کلمیہ (allantois) اور رودہ کے درمیان آنکلتا ہے (دیکھو شکل ۶۲-۶۷ اور ۶۸- س)۔ یہ نشیب اپنے آگے میان ناہض (mesoblast) کا ایک غلاف لے آتا ہے جو مخرج (cloaca) کے اندر اتر جانے سے بولی مستقیمی فاصل (urorectal septum) کی شکل اختیار کر لیتا ہے (دیکھو شکل ۶۷- ب م ف)۔ ازاں بعد مخرجی غشا (cloacal membrane) کے وسطی مستوی میں ایک نشیب پیدا ہو جاتا ہے جس سے بروں ادمی مخرجی فجوہ (ectodermal cloacal furrow) بن جاتا ہے (دیکھو شکل ۶۷- مخ غ۔ صفحہ 83)۔

اس درجہ پر ولفی قناتیں مخرج (cloaca) کی بطنی دیوار کے جانبی حصے تک



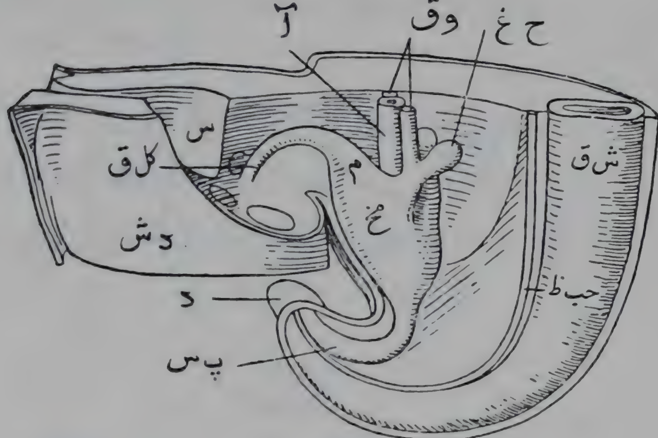
شکل ۶۲ - ۳ ملی میٹر لمبے مضغہ کے مخرجی خطہ کا نمونہ (کیبل کے مطابق)۔ کل ق۔ کلمیہ (ایلنٹائس) کی قنات۔ او۔ اورطہ۔ س ش۔ سری شریان۔ س۔ سیلوم۔ حب ش۔ حبل شوکی۔ مخ۔ مخرج۔ مخ غ۔ مخرجی غشا۔ آ۔ آنت۔ ذ س۔ ذنبی سرا۔ پ س۔ پس رودہ۔ ش ق۔ شوکی قنال۔

پہنچ جاتی ہیں جو اس لیول پر مستعرضاً کشادہ ہو چکتا ہے (دیکھو شکل ۶۳ - و ق)۔ میاں ادمی نشیب (بولی مستقیمی فاصل جو سیلوم سے شروع ہوتا ہے) اسی اثنا میں نیچے کی طرف اترتا جاتا ہے، اور اس وقت تک مخرجی فضا کو ولفی قناتوں کے فتحوں سے اوپر دو کہفوں پر تقسیم کر چکتا ہے۔ ان میں سے بطنی کہفہ کلیہ (allantois) کے بلا واسطہ تسلسل میں ہوتا ہے، اور اس سے آئندہ مثانہ طیار ہوتا ہے (شکل ۶۶ - م)۔ اور دوسرا (ظہری) کہفہ پس رودہ (hind gut) سے ربط وراہ رکھتا ہے (دیکھو شکل ۶۲ - آ)۔ ولفی قناتوں کے فتحے جو مخرج (cloaca) کے بطنی قطعہ میں واقع ہوتے ہیں اس مقام کو ظاہر کرتے ہیں جہاں مثانہ اور حالبین، بولی تناسلی جوف (sinus urogenitalis) سے آئندہ متمیز ہوتے ہیں۔ لہٰذا مخرج (cloaca) کے بطنی حصہ کے بالائی جزو میں مثانہ اور حالبین بن جاتے ہیں، اور زیرین میں بولی تناسلی جوف طیار ہو جاتا ہے (دیکھو شکل ۶۸ - م - ب ت ج)۔ ولفی قنات کے مخرج تک پہنچنے کے تھوڑی دیر بعد اس کی ظہری دیوار پر اسکے فتحہ کے بالمقابل کلوی (renal) یا حالبی ارتفاع (ureteric prominence) پیدا ہوتا ہے جو ۶½ ملی میٹر لمبے مضغوں میں (تیسرے یا چوتھے ہفتہ میں) دکھائی دیتا ہے (دیکھو شکل ۶۴ - ح غ)۔ اس کی اہمیت بعد میں 81
ظاہر کی جائے گی۔



شکل ۶۳ - ۲ء۴ لمبے مضغہ کا مخرجی خطہ (کیبل کے مطابق)۔ کل ق ۔ کلیہ کی قنات۔
س - سیلوم ۔ حب - حبل ۔ مخ - مخرج ۔ آ ۔ آنت ۔ د - دُم ۔ پ س ۔ پس رودہ۔
و - ولفی جسم ۔ و ق ۔ ولفی قنات ۔

ملری قناتیں بولی تناسلی جوف میں ولفی قناتوں کے بعد پہنچتی ہیں۔ اور اس وقفہ کے دوران میں دو اہم نموی عمل ظہور میں آتے ہیں جن میں سے پہلا مثانہ اور مثلث مثانہ کے نمو سے تعلق رکھتا ہے،

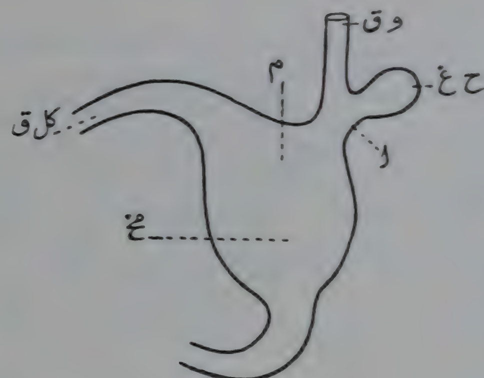


شکل ۶۴۔ ۶٫۵ ملی میٹر لمبے مضغہ کے مخرجی خطہ کا نمونہ (کیبل کے مطابق)۔ کل ق۔ کلیہ کی قنات۔ د ش۔ دیوار شکم۔ س۔ سیلوم۔ حب ظ۔ حبل ظہری۔ مخ۔ مخرج۔ آ۔ آنت۔ م۔ مثانہ۔ ش ق۔ شوکی قنال۔ ح غ۔ حالبی غنچہ۔ د۔ دُم۔ پ س۔ پس رودہ۔ وق۔ ولفی قناتیں۔

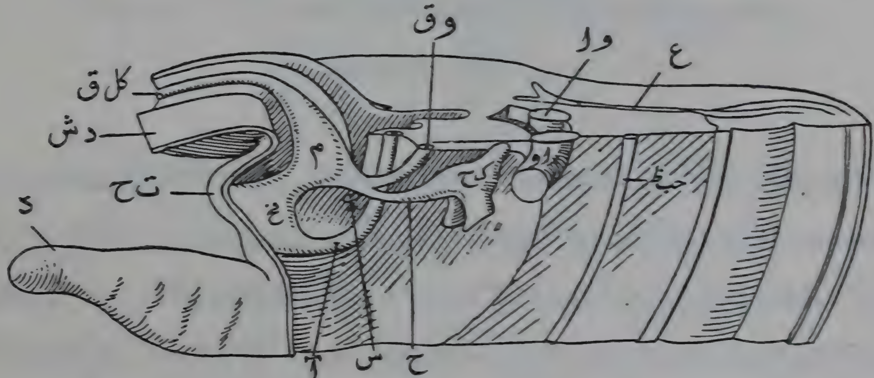
اور دوسرا امعاء کے بولی تناسلی جوف (sinus urogenitalis) سے مکمل طور پر علیحدہ ہونے سے۔ موخر الذکر پر پہلے غور کرنے سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ بولی مستقیمی فاصل (urorectal septum) کے نیچے کی طرف مسلسل بڑھنے سے بطنی مخرجی قطعہ (بولی تناسلی جوف) ظہری مخرجی قطعہ (معائے مستقیم) سے علیحدہ ہوجاتا ہے۔ انجام کار بولی مستقیمی فاصل مخرجی غشا تک پہنچ جاتا ہے، اور امعاء اور بولی تناسلی جوف ایک دوسرے سے مکمل طور پر علیحدہ ہوجاتے ہیں (دیکھو شکل ۶۷۔ مخ غ۔ ب م ف)۔ خارجی تناسلی اعضا کے نمو کے بیان میں اس کا پھر ذکر کیا جائیگا۔

یہ پہلے بیان کیا جاچکا ہے کہ ولفی قنات کے مخرج (cloaca) میں کھلنے سے ذرا پہلے ان سے 82
کلوی یا حالبی غنچہ (renal or ureteral bud) پیدا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۶۴ ح غ)، اور یہی

حالب کی بنیاد ہے۔ ولفی قنات کا وہ حصہ (شکل ۶۵ میں ا) جو اسکے مخرج (cloaca) میں کھلنے کے فتحہ اور حالبی غنچہ (ureteral bud) (نیز دیکھو شکل ۶۴) کے درمیان واقع ہوتا ہے



شکل ۶۵ ولفی قنات کے اس حصہ کو ظاہر کرتی ہے (ا) جس سے مثانہ کی مثلث کا ایک حصہ بنتا ہے۔ کل ق۔ کلیہ کی قنات۔ م۔ مثانہ۔ مخ۔ مخرج۔ ح غ۔ حالبی غنچہ۔ وق۔ ولفی قنات۔

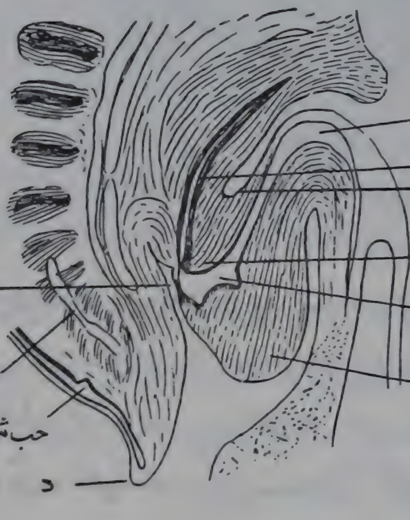


شکل ۶۶۔ ۱۱٫۵ ملیمیٹر لمبے مضغہ کے مخرجی خطہ کا نمونہ (کیبل کے مطابق)۔ کل ق۔ کلیہ کی قنات۔ ا و۔ اورطہ۔ د ش۔ دیوار شکم۔ س۔ سیلوم۔ حب ظ۔ حبل ظہری۔ مخ۔ مخرج۔ آ۔ آنت۔ ت ح۔ تناسلی حلیمہ۔ م۔ مثانہ۔ ک ح۔ کلوی حوض۔ ع۔ عصب۔ د۔ دُم۔ ح۔ حالب۔ و ا۔ ورید اجوف۔ وق۔ ولفی قنات۔

بتدریج چھوٹا ہوتا جاتا ہے، اور انجام کار مثانہ کی مثلث اور مبال کے ایک حصہ کے بننے میں شریک ہو جاتا ہے (دیکھو شکل ۶۸ - ۲ م)۔

اسی اثنا میں طرفی قناتیں بولی تناسلی جوف میں پہنچ چکتی ہیں (دیکھو شکل ۶۸ - م ق)۔ اور ان کی ظہری دیوار پر طرفی ابھار بھی بن چکتا ہے جس کے ذریعہ سے یہ کھلتی ہیں۔ ان کا فتحہ ولفی قناتوں کے فتحہ کے اوپر واقع ہوتا ہے۔

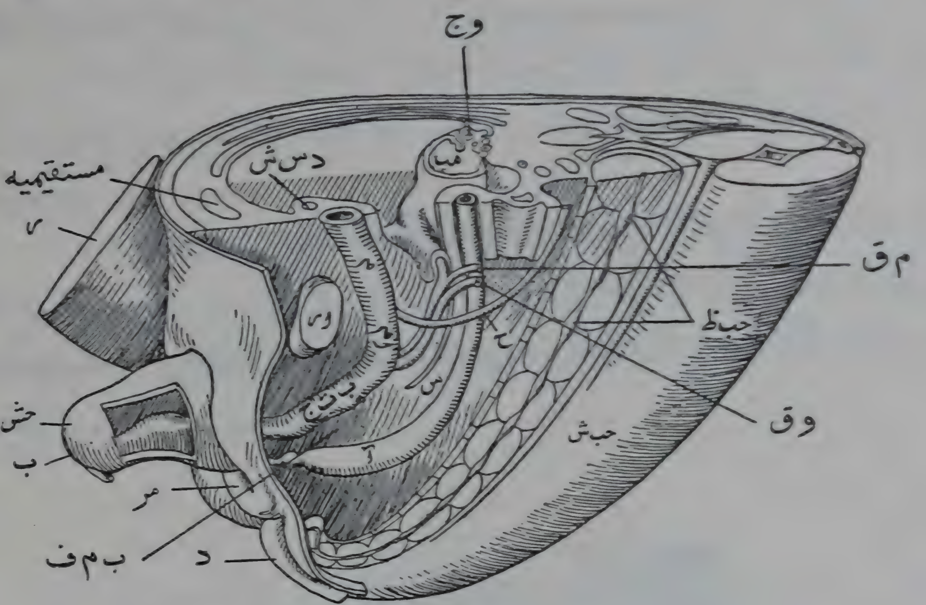
اس وقت آنت (bowel) بولی تناسلی نظام سے بولی مستقیمی فاصل کے ذریعہ سے مکمل طور پر علیحدہ ہو چکتی ہے (دیکھو شکل ۶۷ اور ۶۸)۔ بطنی مخرجی قطعہ کے بالائی حصہ سے مثانہ اور یوریکس (urachus) بن چکتے ہیں۔ بولی تناسلی جوف اس درجہ پر بہت ہی طویل جیب کی شکل کا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۶۷ اور ۶۸ - ب ت ج)۔



شکل ۶۷ - ۱۲ ملی میٹر لمبے مضغہ کی حوضی انتہا میں سے سہمی تراشش (کیبل کے مطابق) کل ق - کلیہ کی قنات۔ آ - آنت۔ حب ظ۔ حبل ظہری (نوٹوکارڈ) مخ غ - مخرجی غشا۔ س۔ سیلوم (ڈگلس کی آئندہ جیب)۔ ت ح - تناسلی حلیمہ۔ ب م ف - بولی مستقیمی فاصل۔ ب ت ج - بولی تناسلی جوف۔ حب ش - حبل شوکی۔ د۔ دُم۔

تغیرات جو مخرجی غشا میں واقع ہوتے ہیں۔ خارجی تناسلی اعضا کی تکوین کا ذکر

کرنے سے پیشتر مخرجی غشا (cloacal membrane) کے ساتھ جو کچھ ہوتا رہا ہے اُس کا بیان کرنا

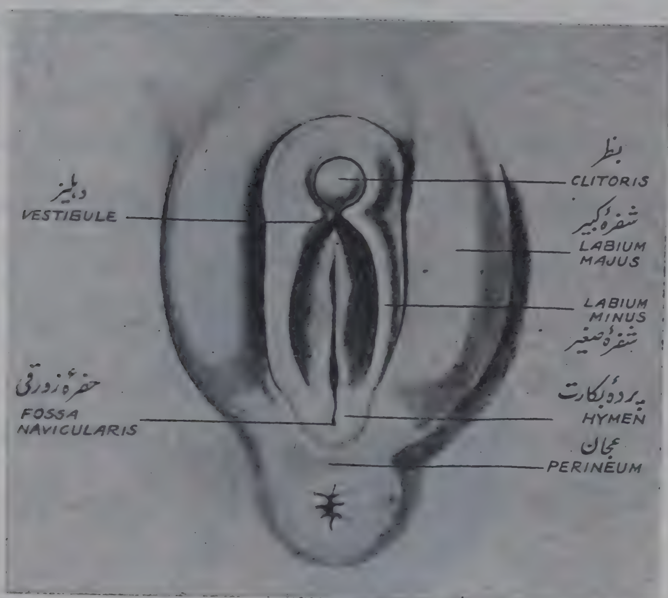


شکل ۶۸ - ۲۹ ملی میٹر لمبے انسانی مضغہ کے حوضی خطہ کا نمونہ (کیبل کے مطابق) ۔ مر ۔ مبرز ۔ د س ش ۔ دائیں سری شریان ۔ آ ۔ آنت ۔ م ۔ مثانہ ۔ س ۔ سیلوم (ڈگلس کی جیب) ۔ حب ظ ۔ حبل ظہری (نوٹوکارڈ) ۔ ب ۔ بظر ۔ حش ب ۔ حشفہ بظر ۔ م ق ۔ مری قنات ۔ مب ۔ مبیض ۔ ۲ م ۔ ابتدائی مبال ۔ ب ت ج ۔ بولی تناسلی جوف ۔ ا ر ۔ التفاقی ۔ حب ش ۔ حبل شوکی ۔ ح ۔ حالب ۔ ر ۔ ران ۔ د ۔ دم ۔ وج ۔ ولفی جسم ۔ وق ۔ ولفی قنات ۔ ب م ف ۔ بولی مستقیمی فاصل ۔

ضروری ہے ۔

84 وہ غشا جو ناف سے لیکر دم تک پہنچتی تھی اندر کی طرف کو دھکیلی جا چکی ہے ، اور بافت کے ایک دبیز تودہ سے محصور ہو چکی ہے جس سے اس کی بطنی طرف پر ایک حلیمہ (papilla) بنجاتا ہے (دیکھو شکل ۶۶ اور ۶۷ ۔ ت ح) ۔ یہ حلیمہ جزوی طور پر مخرجی غشا (cloacal membrane) کو پوشیدہ کرتا ہے ۔ مخرجی غشا کسی حد تک تناسلی حلیمہ کے بڑھنے اور کسی حد تک دو جانبی دبیز اورام

(تناسلی شکنوں :genital folds) کے ذریعہ سے گہرائی میں (پیچھے کی طرف) گھس جاتی ہے (دیکھو شکل ۶۷- ج غ)۔ بولی مستقیمی فاصل (urorectal septum) کے غشائی پردہ کے ساتھ متحد ہونے سے موخرالذکر اگلی طرف بولی تناسلی غشا (urogenital membrane) اور



شکل ۶۹- خارجی اعضائے تناسل کا نمو (کوآل مین)۔ حشفۂ بظر تناسلی حلیمہ سے، شفرۂ کبیر تناسلی شکنوں سے، شفرۂ صغیر مبالی لبوں سے، پردۂ بکارت تکر کے ابھار سے، اور عجان بولی مستقیمی فاصل سے پیدا ہوتا ہے۔ دہلیز اور حفرۂ زورقی دونوں بولی تناسلی جوف کے آثار ہیں۔

پچھلی طرف مبرزی غشا (anal membrane) میں تقسیم ہوجاتا ہے۔ قبل الذکر میں شگفتگی پہلے نمودار ہوتی ہے، چنانچہ بولی تناسلی جوف (sinus urogenitalis) باہر کی جانب رودہ سے پہلے کھل جاتا ہے۔ تناسلی حلیمہ (genital papilla) کا ایک سرا کند اور آزاد ہوجاتا ہے۔ یہی آئندہ کا حشفۂ بظر (glans clitoridis) ہے (دیکھو شکل ۶۸- حش ب)۔ اس کی وہ سطح جو بولی تناسلی جوف کے سامنے ہوتی ہے، اس میں ایک فجوہ (furrow) نمودار ہوجاتا ہے، اور اس کے

دو جانبی کنارے ہوتے ہیں۔ان کناروں کے درمیان جو میزاب ہوتا ہے اس کا استر سر حلمہ کا ہوتا ہے اور یہی مبالی میزاب بن جاتا ہے، اور کنارے خود مبالی لب بن جاتے ہیں۔

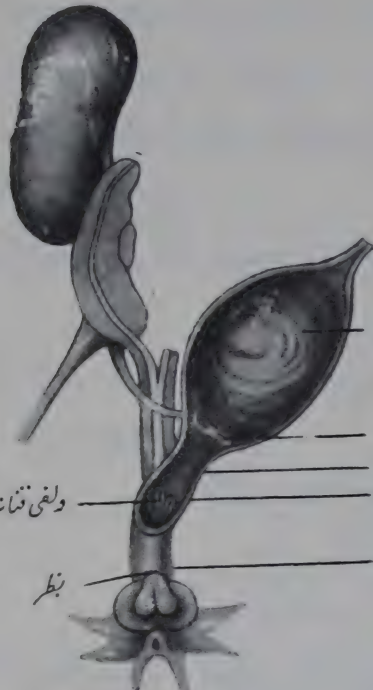
تناسلی شکنوں سے شفرتین کبیر (labia majora) نمو پاتے ہیں، اور مبالی لب شفرتین صغیر بن جاتے ہیں (دیکھو شکل ۶۹)۔بولی تناسلی جوف کا طول بتدریج کم ہوتا جاتا ہے، لیکن اس کا بالائی حصہ (یعنی وہ حصہ جو حالبی فتحہ اور ملری ابھار کے درمیان واقع ہوتا ہے) کافی دور تک چلا جاتا ہے (دیکھو شکل ۷۰۔مبال)۔بولی تناسلی جوف کے اس حصہ کو ایک متدیر فجوہ ایک قربی حصہ یعنی مثلث (trigone) اور ایک بُعدی حصہ یعنی مبال (urethra) میں تقسیم کر دیتا ہے۔
بولی تناسلی جوف کے زیرین حصہ کے طول میں تخفیف ہونے اور قنال کے اس حصہ کے عرض میں بتدریج 85
زیادتی ہونے سے ملری ابھار اوپر کی طرف ہٹتا جاتا ہے، اور آخر کار ایک چھوٹی سی چوڑی جیب کی تہ میں پہنچ جاتا ہے۔ملری ارتفاع (Müller's prominence) کے سر حلمہ سے پردۂ بکارت[1] نمو پاتا ہے۔اور وہ چھوٹی سی جیب جو بولی تناسلی جوف کے بقیہ حصوں میں سے نیچے کی طرف اب اکیلی باقی رہ گئی ہے دہلیز (vestibule) اور حفرۂ زورقی (fossa navicularis) بن جاتی ہے۔
قبل الذکر نوزائیدہ بچوں میں بالغوں کی نسبت زیادہ گہری ہوتی ہے۔بولی مستقیمی فاصل (septum urorectale) چوڑا ہو جاتا ہے، اور اس سے عجانی جسم اور عجان بن جاتا ہے (دیکھو شکل ۶۹)۔

رباطات۔نمو کے ایک خاص درجہ پر جنین کی موخر شکمی دیوار پر ایک طویل ولفی جسم پایا جاتا ہے، جو ذنبی اور جمجی سروں کی طرف پتلا ہوتا جاتا ہے (دیکھو شکل ۵۸۔م گ)۔اس کی اندرونی طرف بیض واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۵۸۔ت غ)۔اور اس کی جانبی طرف تناسلی شکن پر ولفی اور ملری نالیاں ہوتی ہیں (دیکھو شکل ۵۸۔د ق۔م ق)۔ولفی جسم کے راسی اور ذنبی دونوں سروں سے ایک شکن پیدا ہوتا ہے۔قبل الذکر ڈایا فرامی میان گردی ثنیہ (plica diaphragmatica mesonephrica) ہے (دیکھو شکل ۵۸۔ڈ م گ ث) جو بیض کا تعلیقی رباط (suspensory ligament) یا قمعی حوضی شکن (infundibulo-pelvic fold) بن جاتا ہے۔موخر الذکر اربی میان گردی ثنیہ (plica inguino-mesonephrica) ہے جس کا بالائی حصہ

---

[1] بیری ہارٹ (Berry Heart) اور کیتھ (Keith) کا یہ خیال ہے کہ پردۂ بکارت ولفی قناتوں کی بصلی انتہا سے نمو پاتا ہے۔

مبیض کا حقیقی رباط (ligamentum ovarii proprium) دیکھو شکل ۵۸۔ م گ ش، اور زیریں حصہ مستدیر رباط (ligamentum rotundum) (دیکھو شکل ۵۸۔ ذ ح) م گ ش، جسم ح) بن جاتا ہے۔ ولفی اور ملری قناتیں ہر ایک طرف بولی تناسلی شکن میں واقع ہوتی ہیں (دیکھو شکل ۷۰۔ ب ت ش)۔ مذکورہ دونوں شکن مل جاتے ہیں اور ولفی جسم کے زیریں قطب کے لیول پر ایک مستعرض فاصل تیار ہو جاتا ہے۔ اربی میاں گردی ثنیہ (plica inguino-mesonephrica) بولی تناسلی شکن (urogenital fold) کو عبور کرتا ہے (دیکھو شکل ۵۸۔



شکل ۷۰۔ (مارکس کی "اناٹمی" سے۔) یہاں جو بولی تناسلی جوف دکھائی دیتا ہے وہ انجام کار چھوٹا ہو جاتا ہے، اور اس سے دہلیز بنجاتی ہے۔

ان کے مقامِ تقاطع سے اوپر کا حصہ مبیضی حقیقی رباط (ovarian ligament proper) (دیکھو 86
شکل ۵۸۔ م ح س)، اور نیچے کا حصہ مستدیر رباط (round ligament) (دیکھو شکل ۵۸۔ س ر م)

بن جاتا ہے۔ بولی تناسلی ثنیتوں کے خارجی حصوں سے رباطات عریض نمو پاتے ہیں، اور انکا اندرونی حصہ ماساریقائے انبوبہ (mesosalpinx) بن جاتا ہے جس میں ولفی قناتوں اور ولفی جسم کے آثار بر مبیض (ephoöphoron) اور جانبی مبیض (دیکھو شکل ۵۸۔ ب م ق۔ ب ط ق۔ ج م ۲) اور گیرٹنر کی قنات (Gaertner's duct) کی شکل میں موجود ہوتے ہیں۔

جنینی شکنوں یا رباطوں کے محل وقوع کی تبدیلی کا حوالہ ہم پہلے بھی دے چکے ہیں، لیکن ایک اور موضوع بھی ہے جس کی طرف انجام کار توجہ مبذول کرنا ضروری ہے۔ جنین کے نمو کے دوران میں تناسلی غدہ (genital gland) (مبیض) معہ اپنے رباطوں کے نیچے کی طرف اتر جاتا ہے۔ اس کی پیدائش قطنی خطہ (lumbar region) میں فقری عمود کے اطراف پر ہوتی ہے، لیکن دوران رحمی زندگی کے آخری ہفتوں میں یہ حرقفی حفرہ (iliac fossa) میں آجاتا ہے، اور پوری میعاد کے جنین میں یہ حوضی لگگر کے عین اوپر پایا جاتا ہے۔ سن بلوغ سے کچھ عرصہ قبل مبیض اپنی آخری جگہ حاصل کرنے کیلئے حقیقی حوض میں اتر آتا ہے۔

مندرجہ ذیل نقشہ جنینی اور بالغ بافتوں کے درمیانی تعلقات کو ظاہر کرتا ہے (دیکھو شکل ۵۸)۔

نمو نایافتہ درجہ	نمو یافتہ درجہ
صنفی غدہ (مولدہ (gonad))۔	مبیض۔
میاں گردہ یا ولفی جسم۔	بر مبیض یا جار المبیض۔ جانبی مبیض (مرد میں بربخ اور نزد بربخ)۔
ولفی قنات۔	گیرٹنر کی قنات (مرد میں قنات ناقلہ)۔
مُلری قنات (مرد میں خصیہ کا کیسہ)۔	غلوپی نلی، رحمی مہبلی قنال۔
مُلری ابھار۔	پردۂ بکارت اور دہنۂ مہبل۔
اربی میاں گردی ثنیہ (نجمی حصہ)۔	مبیض کا حقیقی رباط (مرد میں حاکمہ)۔
ڈایافرامی میاں گردی ثنیہ (ذنبی حصہ)۔	مبیض کا تعلیقی رباط (قمعی حوضی شکن)۔
بولی تناسلی ثنیہ۔	عریض رباطات، ماساریقائے انبوبہ۔
بولی تناسلی جوف۔	دہلیز فرج اور زورقی حفرہ۔

جنین کے نمو کے کسی مرحلہ پر بھی مبیض کا نزول موقوف ہوسکتا ہے۔ ایسے مبیض کو

بے محل (misplaced) مبیض کہا جاتا ہے۔ اسی قسم کی بے محلی اعضائے تناسل کے دیگر منوی اغلاط کے ساتھ عموماً پائی جاتی ہے (دیکھو صفحہ 160)

حصہ اول - باب دوم

فعلیات

پستانیوں کا صنفی دور

(THE MAMMALIAN SEXUAL CYCLE)

87 ان فعلیاتی مظاہر کے سمجھنے کے لئے جن پر زنانہ صنفی اعضا کی وظیفی فعالیت کا انحصار ہے، تقابلی فعلیات، اور پستانیوں کے خاندان کے دیگر ارکان کے تولیدی اعمال کا کسی قدر ذکر کرنا ضروری ہے۔ ہلیئر (Hillier) نے حال ہی میں یہ کہا ہے کہ جہاں تک ہمیں علم ہے "جسمِ انسان کی ترکیب میں کوئی ایسے ضروری یا مخصوص ممیز خواص موجود نہیں جن کی وجہ سے یہ کسی دوسرے حیوان سے مختلف ہو۔ لہٰذا کسی حیوان کا بھی مطالعہ کرنے سے ہمیں اپنے اور دیگر حیوانات کے متعلق کچھ نہ کچھ معلومات حاصل ہو سکتی ہیں۔" یہ بیان تولیدی فصل کی تفصیلات پر خاص طور پر صادق آتا ہے۔ اور حیوانات کی صنفی فعلیات کے عمیق مطالعہ اور حیی کیمیا کی تحقیقات کی مدد سے اُن اساسی اصولوں کے قائم کرنے میں بہت کچھ مدد ملی ہے جن پر عورت کے صنفی اعضا کی فعالیت کا انحصار ہے۔

حیوانات کی دنیا میں صنفی اعضا کے فعلیاتی وظائف میں، ادنیٰ اور اعلیٰ دونوں قسموں کے عضویوں کی اکثریت میں، ایک معیّن دَوری اسلوب یا توازن پایا جاتا ہے۔ صنفی فعالیت اور صنفی سکون کے زمانے باقاعدہ وقفوں پر رونما ہوتے ہیں۔ ان زمانوں کے طول اور ان کے باہمی تناسب میں سکون اور فعالیت کی حالتوں میں مختلف حیوانات میں بہت کچھ اختلاف پایا جاتا ہے۔ اور ماحول کے عوامل مثلاً تانیس (پالتو بنانا) اور تغذیہ اور انتخابی افزائشِ نسل سے بعض انواع میں

فطری توازن (natural rhythm) پر معتدبہ اثر پڑتا ہے۔

سال کا وہ حصہ جس میں پستانیوں کے تولیدی نظام کی فعلیاتی فعالیت رونما ہوتی ہے "تناسلی زمانہ" (sexual season) کہلاتا ہے (ہیپ: Heape)۔ اور بقیہ حصہ میں تناسلی اعضا غیر فعال یا حالت سکون میں رہتے ہیں۔ مادہ اپنے تناسلی زمانہ میں جو جنگلی زندگی میں سال میں صرف ایک مرتبہ آتا ہے صنفی فعالیت کے دوروں کے ایک سلسلہ میں سے گذرتی ہے۔ یہ زمانہ جو تناسلی موسم میں یکے بعد دیگرے نمودار ہوتے ہیں "شبقی دور" (œstrus cycle) پر مشتمل ہیں ہیپ (Heap) نے اس زمانہ کو چار حصوں میں تقسیم کیا ہے:۔

(۱) غیر شبقی زمانہ (anœstrum) یا زمانۂ سکون۔

(۲) پیش شبقی زمانہ (pro-œstrum) (مستی کا زمانہ) یا مبیض اور دروں رحمہ کی وظیفی فعالیت اور بالیدگی کا زمانہ۔

(۳) شبقی زمانہ (œstrum) (جفتی کا زمانہ) یا وہ زمانہ جب کہ اخصاب وقوع میں آتا ہے۔

(۴) (ا) حمل یا (ب) کاذب حمل (بدل حمل :progestation)۔

غیر شبقی زمانہ (anœstrum) میں رحم ایک غیر فعال حالت میں ہوتا ہے۔ دروں رحمی غدد چھوٹے ہوتے ہیں اور یہ عضو نسبتاً عدیم الدم ہوتا ہے۔ جہاں تک گرافی جرابوں کا تعلق ہے مبیضین بھی وظیفی طور پر غیر فعال ہوتے ہیں۔ یہ زمانہ جرابوں کے بتدریج بڑھنے اور نمو پانے کا ہے جو اُس وقت تک فعلیاتی طور پر فعال نہیں ہوتے جب تک کہ اِس کے بعد پیش شبقی زمانہ (pro-œstrum) شروع نہیں ہو جاتا۔

پیش شبقی زمانہ کی ابتدا میں جو بیطاری حلقوں میں "گرمانے" کے نام سے مشہور ہے 88
صنفی غدد کی فعالیت شروع ہو جاتی ہے۔ جو گرافی جراب پختہ ہو جاتے ہیں وہ حیوان کے مبیض کی سطح پر ابھر آتے ہیں، اور چھوٹے چھوٹے تنیدہ دویروں کی شکل اختیار کر لیتے ہیں جو جرابی سیال (liquor folliculi) سے متمدد ہوتے ہیں۔ گرافی جراب کے نمو اور اُس کی پختگی کے ساتھ ساتھ دروں رحمہ (endometrium) میں افزائشِ بالیدگی اور عروقیت کے نشانات پائے جاتے ہیں۔ اس کی دو خصوصیتیں بالخصوص قابل ذکر ہیں، یعنی جسمی دروں رحمہ کی غدی فعالیت، اور ہیکل (stroma) کے سطحی خلیوں کے درمیان خون کی درریزش پختہ غدد میں سے افراز نکل کر کہفہ رحم میں

بہ آتا ہے، اور دروں رحمہ کا امتلا اتنا بڑھ جاتا ہے کہ اس کی وجہ سے نہ صرف غدد ہی بعض اوقات منشق ہو جاتے ہیں، اور سرخ خلیے ان کے درونہ میں نکل آتے ہیں، بلکہ بعض حیوانات مثلاً کتیا میں اسکی سطح بھی کسی قدر پھٹ جاتی ہے، اور اگر ایسا ہو جائے تو براستہ مہبل ذرا سا سیلانِ خون بھی واقع ہو جاتا ہے۔

بہرکیف اس امر کا خیال رکھنا چاہئے کہ اگرچہ پیش شبقی زمانہ (pro-œstrum) میں دروں رحمہ میں کثرتِ عرقیت پائی جاتی ہے مگر پستانیوں کی صرف چند قسمیں ہی ایسی ہیں جن میں امتلا اتنا انتہائی ہوتا ہے کہ تناسلی خطہ میں سے خارجی نزف واقع ہو جاتا ہے۔

جو مظہر زیادہ کثرت کے ساتھ دیکھنے میں آتا ہے وہ رحمی غدد کا مفرط افراز ہے، اور بعض قسموں میں مہبل کے سطحی قرنیت یافتہ خلیوں کا خفیف سا تقشر بغیر کسی خارجی نزف کے واقع ہو جاتا ہے۔ سٹاکارڈ (Stockard) اور پیپے نیکولا (Papanicolaou) نے قوارض (rodents) کے تناسلی دور پر تحقیقات کرنے کے دوران میں ان قرنیت دار خلیوں کے مہبل کے اندر کے افراز میں موجود ہونے کو "مستانے" کے ثبوت کے طور پر استعمال کیا ہے۔ پیش شبقی زمانہ (pro-œstrum) بالعموم حمل کی طیاری کا زمانہ تصور کیا جاتا ہے، اور اگر اس تعلق کو مدنظر رکھا جائے جو دروں رحمہ کے نمو اور اسکی وظیفی فعالیت کو گرانی جراب کی پختگی اور اس کے فعل سے ہے تو اس امر میں کچھ شبہ بھی نہیں ہو سکتا۔

پیش شبقی زمانہ (pro-œstrum) کے فوراً بعد شبقی زمانہ (Œstrus) (یونانی- "گھڑ مکھی") شروع ہو جاتا ہے جو اکثر پستانیوں میں مقاربت کا زمانہ ہے۔ کئی ایک پستانیوں میں (سب میں نہیں) یہ زمانہ تناسلی دور کے اس وقت کو ظاہر کرتا ہے جب کہ جراب میں شگفتگی واقع ہوتی ہے، اور بیضہ آزاد ہو جاتا ہے، اور سیالی جراب خارج ہو جاتا ہے۔

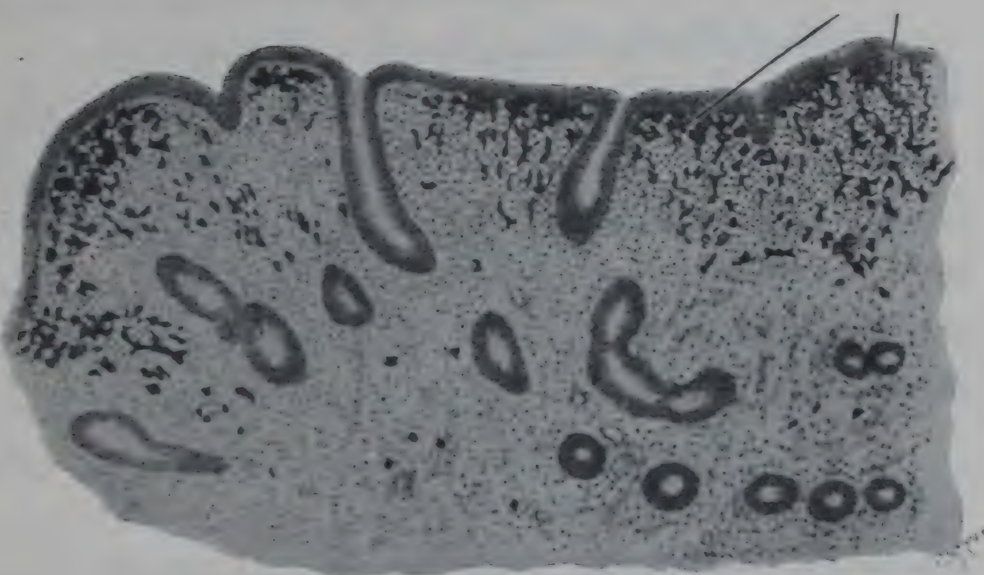
شبقی زمانہ (جفتی کا زمانہ) چند گھنٹوں سے لیکر (جیسا کہ بھیڑ میں) ایک ہفتہ تک (جیسا کہ کتیا میں) رہتا ہے۔ یہ معلوم کرنا دلچسپی سے خالی نہیں کہ جفتی کا زمانہ، ان حیوانات میں جن میں پیش شبقی زمانہ میں دروں رحمہ معرا نہیں ہوتا، دوسرے حیوانات (مثلاً کتیا) کے مقابلہ میں جن میں بافت کی باز تکوین (regeneration) ضروری ہوتی ہے، نسبتاً قلیل ہوتا ہے۔ شبقی زمانہ (œstrus) میں رحمی غدد کی فعالیت جاری رہتی ہے، اور کہفۂ رحم میں بہت سا افراز موجود ہوتا ہے۔ اس حالت میں قرنیت یافتہ خلیات کی جگہ افراز مہبل میں بہت سے خلیات ابیض نمودار ہو جاتے ہیں، اور قبل الذکر میں متخالف تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ مہبل کے افراز میں خلیات ابیض کی اس موجودگی سے تجربات کے دوران میں یہ معلوم کرنے کے لئے استفادہ کیا جاتا ہے کہ پیش شبقی زمانہ کب ختم ہوا، اور شبقی زمانہ

کب شروع ہوا۔
اگر اخصاب واقع نہ ہو تو بدل الحملی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں جو اپنی لازمی تشریحی
تفصیلات میں، جہاں تک بیض، رحم، اور پستانی غدد کا تعلق ہے، صادق حمل کی حالت سے مشابہت
رکھتے ہیں۔ ان میں جو اختلاف پایا جاتا ہے وہ صرف درجہ کا ہے۔ اس حالتِ نمو کو "کاذب حمل"
(pseudo-pregnancy) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے، اور کارنر (Corner) نے حال ہی
میں اس کو "بدل حمل" (Progestation) کا نام دیا ہے۔
بیض میں جسم اصفر خوشق گرافی جراب میں پیدا ہوتا ہے کاذب حمل کے دوران میں شروع
سے لیکر اخیر تک برقرار رہتا ہے، اور اس کے اختتام پر اس میں انحطاط واقع ہو جاتا ہے، اور اس کی
رنگت ایک لپائڈ "لیوٹین" (lutein) کے پیدا ہونے سے زرد ہو جاتی ہے جس لئے اسکو جسم اصفر
کہتے ہیں۔ کاذب حمل کے دوران میں رحم میں کثرتِ عرقیت پائی جاتی ہے، اور دروں رحمہ بلحاظ ہیکل و 89
غدد بیش پرورده ہو جاتا ہے۔ یہ بیش پرورده بافت بالقوہ ریزینہ (potential decidua)
تصور کی جاتی ہے، اور رحمی غدد کا افراز، جو بعض انواع مثلاً حاملہ کھردار جانوروں میں بافراط پایا جاتا ہے
اور "لبن الرحم" (uterine milk) کے نام سے موسوم ہے، اخصاب یافتہ بیضہ کے لئے اس کے
مکمل طور پر مدفون ہونے سے پیشتر اس کے تغذیہ کے امکانی ماخذ کا کام دیتا ہے۔
کاذب حمل کے اختتام پر جس کی حقیقی میعاد مختلف حیوانات میں مختلف ہوتی ہے، التفاف
(involution) کی ایک حالت پیدا ہو جاتی ہے جو دروں رحمہ کے انحطاط سے، اور بعض مثالوں میں
ایک واضح تنخر سے جس کے ساتھ نزف بھی پایا جاتا ہے ممیز ہے۔ کتیا میں اس درجہ پر جب کہ دروں رحمہ
کی ساختوں میں جریان خون واقع ہوتا ہے کوئی خارجی نزف واقع نہیں ہوتا۔ دوسرے حیوانات مثلاً
گائے میں ایک واضح بعد شبقی نزف واقع ہوتا ہے جس سے نام نہاد "حیضی تھکا" (menstrual
clot) بن جاتا ہے۔ ہیمنڈ (Hammond) نے اس کے متعلق یہ خیال ظاہر کیا ہے کہ یہ قلیل المدت
کاذب حمل کے اختتام کا متناظر ہے۔ جب کاذب حمل قلیل المدت ہوتا ہے تو یہ بآسانی سمجھ میں آجائے گا
کہ نزف اُس بافتی تنخر کا جو اس کے اختتام پر واقع ہوتا ہے ایک نمایاں خاصہ ہوگا کیونکہ کاذب ریزینہ
(pseudo-decidua) کی حالت جنینی ہوتی ہے۔
بنابریں ہم اس اہم نتیجہ پر پہنچتے ہیں کہ پستانیوں (mammalia) کی مختلف انواع
میں تناسلی خطہ سے نزف، تناسلی دور کے مندرجہ ذیل اوقات پر واقع ہو سکتا ہے، اور واقع

ہوتا بھی ہے:۔

(۱) پیش شبقی زمانہ (pro-œstrum) میں، دروں رحمہ کے مقامی امتلا کے نتیجہ کے طور پر اِس فعلیاتی حالت کی وجہ سے، مثلاً کتیا میں۔

(۲) کاذب حمل یا بدل حمل (progestation) کے اختتام پر کاذب ریزینہ (false decidua) کے انحطاط اور تنخر کے نتیجہ کے طور پر، مثلاً گائے میں۔



شکل ۱، ۔ بھیڑ کے دروں رحمہ کی تراشِش جو دریجنہ خون سے پیدا شدہ سیاہ لون کو ظاہر کرتی ہے۔ (مارشل)

حیوانات کی دوسری قسموں مثلاً بھیڑ، مادہ سور، گھوڑی اور مختلف قوارض (rodents)
90 میں کہفۂ رحم میں، پیش شبقی زمانہ کے امتلا کے درجہ میں، اور کاذب حمل کے اختتام پر کے التفاف کے دوران کہیں بھی قطعاً کوئی نزف واقع نہیں ہوتا (دیکھو شکل ۱،)۔

تولیدی افعال کو مدنظر رکھتے ہوئے پستانیوں کو طبعی طور پر دو ممیز گروہوں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے:۔

(۲) وہ پستانیے جن میں تناسلی موسم میں صرف ایک مکمل شبقی دور (œstrus cycle) پایا جاتا ہے۔ یہ "یک شبقی قسم" (monœstrus type) سے تعلق رکھتے ہیں۔

(ب) وہ پستانیے جن میں تناسلی موسم میں چھوٹے چھوٹے شبقی دور باقاعدہ وقفوں پر بار بار پائے جاتے ہیں۔ یہ "کثیر شبقی قسم (polyœstrus type) سے تعلق رکھتے ہیں۔

یک شبقی (monœstrus) پستانیہ کی مثال کتیا ہے جس کے ایک سال میں دو تناسلی موسم ہوتے ہیں، یعنی بہار اور خزاں۔ کتیا کے اس سادہ دور کو یوں بیان کیا جاسکتا ہے:۔

یک شبقی (کتیا)۔

غیر شبقی زمانہ	. .	۳ ماہ۔ یہ جراب کے نمو سے ممیز ہوتا ہے۔
پیش شبقی زمانہ	. .	۱۰ تا ۱۴ دن۔ یہ دروں رحمہ کی غدی فعالیت اور اسکے امتلا سے ممیز ہوتا ہے۔
شبقی زمانہ	. . .	۷ دن۔ یہ تبویض اور دروں رحمہ کی افرازی فعالیت سے ممیز ہوتا ہے۔
کاذب حمل کا زمانہ	. .	۴ تا ۵ ہفتہ۔ یہ جسم اصفر اور دروں رحمہ کے مزید نمو سے ممیز ہوتا ہے۔
التفاف کا زمانہ	. .	۷ دن۔ یہ جسم اصفر کے انحطاط اور دروں رحمہ کے تنخز سے ممیز ہوتا ہے۔

کثیر شبقی (polyœstrus) حیوانات میں انفرادی شبقی دور کی قسم اور مدت میں بہت کچھ اختلاف پایا جاتا ہے۔

عام طور پر یہ کہا جاسکتا ہے کہ کثیر شبقی قسم کا تناسلی دور یک شبقی قسم سے مندرجہ ذیل امور میں مختلف ہوتا ہے:۔

(۱) غیر شبقی زمانہ (anœstrum) بعض اوقات موجود نہیں ہوتا، جیسا کہ اعلیٰ حیوانات (primates) میں۔

(ب) پیش شبقی زمانہ (pro-œstrum) قلیل ہوتا ہے، اور یہ تقریباً تمام قسموں میں صرف دروں رحمہ کے امتلا اور رحمی غدد کی افزودہ فعالیت سے ممیز ہوتا ہے، مگر کوئی خارجی نزف واقع نہیں ہوتا۔

(ج) شبقی زمانہ (œstrus) بہت قلیل المدت ہوتا ہے، اور بعض اوقات صرف چند گھنٹہ تک ہی رہتا ہے جیسا کہ بھیڑ اور گائے میں۔

(د) کاذب حمل کا زمانہ بھی مختصر ہوتا ہے۔ اور اس کے اختتام پر بعض اقسام میں خارجی نزف واقع ہوتا ہے، جیسا کہ ہم پہلے گائے کی مثال دے چکے ہیں۔ کثیر شبقی (polyœstrus) حیوانات میں کاذب حمل کے مختصر زمانہ یا قلیل المدت متوالی دوروں کے درمیان کے وقفہ کو ہیپ (Heape) نے سکون کا تخفیف یافتہ زمانہ تصور کیا ہے، اور اس نے اس کا نام "بین شبقینی زمانہ (diœstrum) لکھا تھا۔

اسی اصطلاح کو برقرار رکھتے ہوئے ہیپ (Heape) نے کثیر شبقی پستانیوں کے چھوٹے سے تناسلی دور کو "دو شبقی دور" (Diœstrus Cycle) کے نام سے موسوم کیا ہے۔

اگرچہ بعض جنگلی جانوروں میں، اور خاصکر قوارض (rodents) میں کثیر شبقی حالت طبعی طور پر دیکھنے میں آتی ہے، مگر یہ امر قابل ذکر ہے کہ پالتو جانوروں کی بہت سی قسموں میں یہ انتخابی تولید (selective breeding)، متغیر تغذیہ اور تبدیل شدہ ماحول کا بلاواسطہ نتیجہ معلوم ہوتی ہے۔ مارشل (Marshall) نے اس امر کی طرف توجہ دلائی ہے کہ گو جنگلی بھیڑ یک شبقی (monœstrus) ہے مگر سکاٹ لینڈ کی سیاہ منہ والی بھیڑ کے تناسلی موسم میں وہاں کے کوہستانی علاقوں میں دو دو شبقی دور (diœstrus cycles) ہوتے ہیں۔ اسی نسل کے دور سکاٹ لینڈ کے نشیب علاقوں میں بہتر صورت حالات کے تحت پانچ یا چھ تک پہنچ جاتے ہیں۔ بخلاف اسکے مختلف انگلستانی نسلوں مثلاً ڈراسٹ شائر کی بھیڑوں میں تناسلی موسموں کے تعدد کی وجہ سے اور بھی زیادہ تولیدی فعالیت پائی جاتی ہے، اور یہ ایک سال میں دو مرتبہ بچے دیتی ہیں۔ نیو ساؤتھ ویلز کی مرینو 91
بھیڑوں (Merinos) میں دو شبقی دور سال بھر میں یکے بعد دیگرے متواتر نمودار ہوتے ہیں، اور غیر شبقی زمانہ (anœstrum) قطعاً موجود نہیں ہوتا۔ یہ ظاہر ہے کہ اس انتہائی دوری فعالیت کا مقصد حمل کے امکان کو بڑھانا اور اس طرح انواع کی بارآوری کو ترقی دینا ہے۔

تناسلی دوروں کا اس قسم کا مصنوعی ازدیاد پالتو مرغیوں کی مختلف قسموں اور چینیا بطخ میں دیکھنے میں آتا ہے جو ہر روز انڈا دیتی ہیں۔ اس کثرت سے انڈے حاصل کرنا تناسلی توازن کے تجرباتی اختلاف کا تجارتی اغراض کے لئے سائنٹفک استعمال ہے۔

یک شبقی قسم سے کثیر شبقی قسم کا مصنوعی طور پر پیدا کر لینا ماہر امراض النسا کیلئے تقابلی

فعلیات کا ایک دلچسپ اور اہم پہلو ہے اور اس کا عمیق مطالعہ کرنے کی ضرورت ہے۔ بومانٹ (Beaumont)، ڈاڈس (Dodds) اور دوسرے محققین نے حال ہی میں یہ ثابت کیا ہے کہ بعض غذائیں مثلاً گیہوں، مٹر اور کاہو (lettuce) تولیدی فعل پر ایک اہم اثر رکھتے ہیں۔ ان غذاؤں میں حیاتین (vitamins) ہوتے ہیں، جن کو غذا سے خارج کر دینے سے حاملہ جانوروں (مادہ چوہوں) میں اسقاط واقع ہو جاتا ہے۔ یہ ایک عجیب اتفاق ہے کہ صحرائے لیبیا کے خشک خطوں میں بھیڑوں کے



شکل ۲۱۔ خرگوش کے دروں رحمہ (endometrium) کی تراشش عقیم مقاربت سے نو دن بعد۔ "کاذب حمل" (مصنوعی ریزینہ) کی حالت دکھائی دے رہی ہے۔ غدد بخوبی نمو یافتہ ہیں (ہیمنڈ اور مارشل)۔

گاؤں کو جو غذا زیادہ تر میسر آتی ہے وہ "الفالفا" (Alfalfa) ہے جس میں حیاتین ی (vitamin E) خاص طور پر افراط سے ہوتا ہے۔ یہ حیاتین تولیدی حیاتین کہلاتا ہے۔

کثیر شبقی (polyœstrus) حیوانات میں سے اکثر میں تبویض (ovulation) شبقی زمانہ کے

دوران میں یا اس سے ذرا دیر بعد واقع ہوتی ہے۔ حیوانات کی چند قسموں مثلاً خرگوش اور بلی میں پیش شبقی (pro-œstrum) اور شبقی (œstrus) زمانے بظاہر متحد ہوتے ہیں، اور گرافی جراب کا انشقاق مقاربت سے صرف چند گھنٹے بعد واقع ہوتا ہے۔ اگر مقاربت واقع نہ ہو تو بیضہ آزاد نہیں ہوتا، اور جسم اصفر نہیں بنتا۔ ان صورتِ حالات میں کاذب حمل نہیں پایا جاتا، اور شبقی طویل زمانہ غیر محسوس طور پر غیر شبقی زمانہ میں تبدیل ہوجاتا ہے۔ مبیض کے غیر منشق جراب بے انتقاب ہوجاتے ہیں اور ان میں انحطاط پیدا
ہوجاتا ہے جس سے ان کہفوں میں نزف بھی واقع ہوجاتا ہے۔ بخلاف اس کے اگر کسی قنات بریدہ 92
(vasectomised) نر سے مقاربت عمل میں آئے تو منشق جراب سے جسم اصفر پیدا ہوجاتا ہے، اور دروں رحمہ میں وہ فعالیت دیکھنے میں آتی ہے جو کاذب حمل کا امتیازی خاصہ ہے (دیکھو صفحہ 72)۔

اعلیٰ حیوانات (primates) میں تولیدی دور میں مزید ترقی پائی جاتی ہے، حتیٰ کہ جنس "انسان" (homo) میں اس قدر پیچیدگی پیدا ہوگئی ہے کہ ان فعلیاتی امور کی توجیہ و توضیح میں جو اس سریری مظہر کے ساتھ ظاہر ہوتے ہیں کچھ دقت پیش آتی ہے۔ عورت اور مادہ بندر دونوں کی تناسلی زندگی بلوغ سے لیکر انقطاع الطمث تک چھوٹے چھوٹے شبقی دوروں کے ایک سلسلہ پر مشتمل ہوتی ہے جس میں یہ ہمیشہ پے در پے نمودار ہوتے ہیں۔ ان میں غیر شبقی زمانہ (anœstrum) موجود نہیں ہوتا۔ اور یہ دور، جن کے متعلق یہ خیال کیا جاتا ہے کہ یہ ہیپ (Heape) کے دو شبقی دوروں (Diœstrus Cycles) کے متناظر ہیں، متوالی اور مسلسل ہوتے ہیں۔ ہر ایک "زمانہ" (period) دوسرے کثیر شبقی حیوانات کی طرح پیش شبقی زمانہ (pro-œstrum) شبقی زمانہ اور کاذب حمل (بدل حمل۔ بین شبقی زمانہ۔ بعد شبقی زمانہ :metœstrum) پر مشتمل ہوتا ہے، اور یہ تقریباً ایک قمری مہینہ میں تمام ہوتا ہے۔

اگرچہ بندروں میں اس قسم کے دور مسلسل دیکھنے میں آتے ہیں، مگر یہ معلوم کرنا دلچسپی سے خالی نہیں کہ تولید بعض زمانوں تک ہی محدود ہوتی ہے۔ لہٰذا یہ ظاہر ہے کہ پستانیوں میں بار آور تبویض کو پیش شبقی زمانہ (pro-œstrum) سے ضرور ایک علیحدہ مظہر تصور کرنا چاہئے۔ کارنر (Corner) نے یہ مشاہدہ کیا ہے کہ بعض بندروں میں جن میں تبویض واقع نہیں ہوئی تھی اور اس لئے جسم اصفر اور حمل کاذب بھی موجود نہیں تھے، دروں رحمہ کی حیضی بیش دمویت (menstrual hyperæmia) کسی قدر تنخر کے ساتھ پائی جاتی تھی۔

مزید برآں بعض انواعِ انسان میں اور خاصکر اسکے بعض ابتدائی اقسام میں اس امر کی

شہادت پائی جاتی ہے کہ ان میں ایک "خاص" تولیدی موسم موجود ہوتا ہے جیسا کہ ویسٹر مارک (Westermarck)، پلاس (Ploss) اور فریزر (Frazor) کی تصانیف سے ظاہر ہوتا ہے۔

بندر میں تبویض حیضی دور کے بعد چودھویں اور سترھویں دن کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ یہ امر شروڈر (Schroeder)، ڈبلیو شاہ (W. Shaw) اور دوسرے محققین کی تحقیقات کے مطابق ہے جنہوں نے جسم اصفر کی روئداد حیات کا مطالعہ کرنے سے یہ خیال قائم کیا ہے کہ "نوع انسان" میں تبویض حیضی دور کے بعد تیرھویں اور سترھویں دن کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ آدمی اور بندر دونوں میں تبویض کا مقاربت سے کچھ تعلق نہیں۔ اور اگرچہ ان دونوں قسموں میں ایک مختصر سے شبقی زمانہ کے موجود ہونے کی شہادت موجود ہے، مگر پالتو بندروں (میکیکس ریسس Macacus rhesus) میں مقاربت تناسلی دور کے کسی حصہ میں بھی واقع ہوسکتی ہے۔ مارشل (Marshall) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ افراط غذا اور آرام و آسایش سے شبقی زمانہ بڑھ جاتا ہے، اور بعض ادنی حیوانات، مثلاً پالتو خرگوشوں میں کثرت غذا سے تحریک پیدا کرنے پر حمل کے ابتدائی درجہ میں بھی اکثر اوقات مقاربت واقع ہوتی رہتی ہے، حالانکہ افزائش نسل کے مقصد کے لئے یہ بالکل بے سود ہوتی ہے۔

بیض کے افعال

بیض کے افعال دو طرح کے ہیں۔

اس کا پہلا اور نمایاں ترین فعل بلاشبہ تبویض (ovulation) ہے۔ یہ عمل بیضوں کے حالت اختفا میں جمع ہونے، اور گرافی جرابوں کی پختگی، اور ان کے انشقاق، اور ابتدائی بیضوں (oöcytes) کے باریطونی کہفہ میں خارج ہونے پر مشتمل ہے۔ اس پر استقرار حمل اور انواع کی افزائش نسل کا دار و مدار ہے، اس لئے یہ جسم کے اہم ترین افعال میں سے ہے۔ جرابوں کی پختگی اور ان کی شگفتگی کی، اور بعد کے بافتی تضرر کی نسیجیات کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے (صفحات 39 تا 45)۔ 93

اب ان فعلیاتی امور کا ذکر کرنا ضروری ہے جو تبویض کے طبعی عمل، جسم اصفر کے نمو، اور بیض اور رحم (دونوں دروں رحم اور رحم) کے باہمی قریبی رشتہ سے تعلق رکھتے ہیں۔ یہ امر مسلمہ تصور کیا جا سکتا ہے کہ انواع انسان میں بیضی خلیہ کا اخراج حیضی دور کے چودھویں دن سے لیکر سترھویں دن کے اندر اندر واقع ہوتا ہے۔ یہ حساب سابقہ زمانۂ حیض کے پہلے دن سے لگایا جاتا ہے۔

اس بیان پر انسانی بیضہ کی اول اول تنصیب کے متعلق گروسر (Grosser) کنوس (Knaus) اور دیگر ماہرین تشریح نے کچھ اعتراضات کئے ہیں۔ لیکن ان نقادین نے اعتراض کرتے وقت اس امر کو نظر انداز کر دیا ہے کہ منوی حیوان زندہ بھی رہ سکتا ہے۔ شرووڈر (Schröder) نے حال ہی میں تمام ممکن الحصول شہادات پر مکرر غور کیا ہے، اور اس نے انسانی تبویض کے لئے تناسلی دور کا تقریباً چودھواں دن مقرر کیا ہے۔ اس کے حاصل کردہ نتائج کو ماہرین امراض النسا کی ایک اکثریت نے تسلیم کیا ہے۔

حیضی دور کے سترھویں دن سے لیکر ستائیسویں دن تک جسم اصفر فعال رہتا ہے، اور ممیز لیوٹینی خلیے نمو پاتے ہیں اور ان کی کثرت تعداد برقرار رہتی ہے۔ جسم اصفر کے بننے کی اہمیت اس کے اندمالی عمل ہونے کے مقابلہ میں بہت زیادہ ہے۔ لیوٹینی خلیے وہ عناصر ہیں جو بیض کے اتنے ہی ممیز خواص میں سے ہیں جتنے کہ گرافی جراب ہیں، کیونکہ یہ کسی دوسرے عضو میں نہیں پائے جاتے اور جن بافتوں میں یہ پائے جاتے ہیں ان کو بیضی بافت قرار دینے کے لئے ان کا وجود کافی ہوتا ہے۔ جسم اصفر صرف اسی زمانہ میں پایا جاتا ہے جو تناسلی نقطۂ نظر سے بلوغ کا زمانہ ہوتا ہے، اور حیض اور تولید کے اعمال سے اس کو قریبی تعلق ہے۔ یہ تعلق ایک ہارمون (hormone) کے ذریعہ سے عمل میں آتا ہے، اور حالیہ سالوں میں ایسے انکشافات ہوئے ہیں جو ایک پیچیدہ میکانیہ پر دلالت کرتے ہیں جس سے مذکورہ تعلق قائم رہتا ہے۔

بیضی ہارمون (Ovarian Hormones)۔ بیض کے متعلق کئی سالوں سے یہ خیال کیا جاتا تھا کہ اس سے اندرونی افراز پیدا ہوتا ہے، اور یہ ابتدائی اور ثانوی صنفی خواص، اور سن بلوغ کی ابتدا کو، اور ان تمام مختلف الاقسام ممیز صفات کو (خواہ وہ جسمانی ہوں یا ذہنی) جو عام طور پر بالغ عورت کے طبعی خصوصیات تصور کئے جاتے ہیں متاثر کرتا ہے۔ یہ اس غدہ کا دوسرا فعل ہے جو افراد کے لئے اتنا ہی اہم ہے جتنی کہ انواع کے لئے تبویض ہے۔

یہاں اس تحقیقات کا کسی قدر ذکر کرنا ضروری ہے جو ابتدا میں بیض کے متعلق کی گئی تھی، اور جس سے یہ یقینی طور پر ثابت ہوا تھا کہ اس غدہ سے اندرونی افراز پیدا ہوتا ہے۔ آختہ نابالغ حیوانات میں بیضی پیوند لگانے اور یہ مشاہدہ کرنے سے کہ یہ پیوند صنفی اعضا میں قبل از وقت نمو اور فعل پیدا کر دیتے ہیں (ہالبن : Halban، لپشٹز: Lipschutz، سٹیناخ: Steinach)، مختلف بیضی خلاصے طیار کئے گئے اور ان کا سریری طور پر امتحان کیا گیا۔ اس طرح جو نتائج اول اول حاصل ہوئے انسے زیر تحقیق موضوع پر کچھ روشنی نہیں پڑتی، حتیٰ کہ ایڈلر (Adler) نے ۱۹۱۲ء میں بیض کے آبی خلاصہ کا ایسے جانوروں میں استعمال کرنے سے جن میں بیض خارج کر دئے گئے تھے صنفی فعالیت کی علامتیں پیدا کر دیں۔

اس سے پیشتر فرنیکل (Fraenkel) نے ۱۹۰۳ء میں دروں رحمہ میں ایک دروں افزائی خاصہ کا مظاہرہ کیا تھا جو دروں رحمہ کو بیضہ کے وصول کرنے کے لئے طیار کرتا ہے۔ خرگوشوں میں مقاربت کے بعد مبیضوں کو دور کرنے یا جسم اصفر کا تکویہ کر دینے سے اس نے ہمیشہ یا تو حمل کو روک دیا اور یا اسقاط پیدا کر دیا۔ اُس وقت یہ خیال کیا جاتا تھا کہ مبیض سے صرف ایک ہی ہارمون پیدا ہوتا ہے' اور اسکے مبدا کے متعلق اختلاف رائے تھا یعنی آیا یہ مبیضی ہیکل کے رنگی خلیات سے پیدا ہوتا ہے' یا ذراتیتی خلیات سے' اور یا جسم اصفر کے لیوٹینی خلیات سے۔ اب یہ خیال کیا جاتا ہے کہ اِس سے کم سے کم دو اندرونی افرازات پیدا ہوتے ہیں' اور یہ بھی ممکن ہے کہ تین ہی پیدا ہوتے ہوں۔ 94

شبق انگیز ہارمون (The Œstrus-producing Hormone)۔ قوارض (rodents) کے رحمی اور مہبلی سر حلمہ میں جو شبقی تغیرات واقع ہوتے ہیں انکے متعلق جو انکشافات سٹاکارڈ (Stokard) اور پے پینی کولا (Papanicolaou) نے کئے ہیں انسے ایک مفید معملی طریقہ کا استنباط ہوا ہے' جس سے مختلف مبیضی خلاصوں کے فعل کا امتحان کیا جا سکتا ہے۔ اس طریقہ کی مدد سے ایلن (Allen) اور ڈائزی (Doisy) نے ۱۹۲۳ء میں مبیضی بافت کے اندر ایک شبق انگیز ہارمون کا مظاہرہ کیا۔ اگر چوہے کی مہبل سے تناسلی سکون کے زمانہ میں آلود (smear) لیا جائے تو وہ سفید خلیات پر مشتمل ہوتا ہے۔ شبق (œstrus) کے دوران میں اس میں عدیم النوات فلسمانی سر حلمی خلیات بہت کثرت سے موجود ہوتے ہیں' اور یہ طریقۂ امتحان جس کی تعبیر ایلن (Allen) اور ڈائزی (Doisy) نے کی ہے مبیضی خلاصوں کی طاقت معلوم کرنے کیلئے استعمال کیا جا چکا ہے۔ "چوہا اکائی" (rat unit) کی تعریف یہ ہے کہ یہ خلاصہ کی وہ زیادہ سے زیادہ تزریق ہے جسکے بالغ مبیض آورده چوہے کو پہلے دن چار چار گھنٹہ کے وقفہ سے تین اشراب دینے سے چوتھے دن کی صبح کو کاشفہ مُثبت ثابت ہو۔

یہ امر کہ جرابی سیال میں بھی مبیض کا شبق انگیز ہارمون موجود ہوتا ہے پہلے پہل فرینک (Frank) نے ثابت کیا تھا' اور اس کا نام "فولی کلین" (Folliculin) رکھا گیا تھا۔ بعد میں دائی خون' جیضی مواد' پیشاب' اور مشیمہ (placenta) میں' اور نر کی بافتوں اور بعض پودوں کے بیتوں میں بھی' ایک اندرونی افراز کا وجود ثابت کیا گیا جس کے شبق انگیز خواص مذکورہ افراز کے متماثل تھے۔ اس فعال جوہر کی وسیع تقسیم کی وجہ سے اس کے بہت سے نام رکھے گئے' مثلاً "زنانہ صنفی ہارمون" (Female Sex Hormone)' "ایسٹرین" (Œstrin)' "تھائی لوکینین" (Thylokenine)' "تھی لین" (Theelin)' وغیرہ جو آپس میں مترادف ہیں' اور اب ابتدائی نام "فولی کلین" (Folliculin) کی جگہ مستعمل ہیں۔

ایلن (Allen)' اور ڈائزی (Doisy) نے ۱۹۲۸ء میں اور بعد میں

بوٹی نیٹ (Butenandt) نے ایسٹرین (œstrin) کو ایک قلمی اور نسبتاً خالص شکل میں علیحدہ کیا۔ اب چونکہ یہ مرحلہ طے ہو گیا ہے اس لئے اس ہارمون کے خواص کی تحقیقات اسکو سریری طور پر آزمانے اور حیوانات پر تجربہ کرنے سے کی جا سکتی ہے۔ اور وہ فعل جو یہ ہارمون بالغ عورت میں ہارمونی سلسلہ میں سرانجام دیتا ہے زیادہ صحیح طور پر معلوم کیا جا سکتا ہے۔ اب تک اس کے متعلق جو معلومات بہم پہنچی ہیں وہ غیر خالص تجہیزات سے تجربات کرنے کا نتیجہ ہیں۔ ڈکنس (Dickens)، ڈاڈس (Dodds) اور رائٹ (Wright) نے ۱۹۲۵ء میں مڈل سکس ہاسپٹل (Middlesex Hospital) میں ایک فعلیاتی جوہر مادہ سور کی مبیض سے ایک صاف بھورے تیل کی شکل میں علیحدہ کیا جو الکحل، ایتھر، ایسی ٹون اور روغن زیتون میں حل پذیر تھا، اور جس کا مبیض برآوردہ چوہوں میں اشراب کرنے سے چوبیس سے لیکر چھتیس گھنٹوں میں شبق پیدا ہو جاتا تھا۔ مزید برآں اس کے ایک سوملی گرام کے اشراب کے تین دن کے اندر اندر مادہ بندر میں بظاہر معیاری حیضی نزف پیدا ہو گیا (کارنر: Corner)۔ یہ فعال جوہر کیمیائی نقطۂ نظر سے غالباً "ابادیزی" سلسلہ (aromatic series) کا ایک مرکب ہے، اور بنز پرین (benz-pyrene) اور بنز انتھراسین (benz-anthracene) کے گروہوں کا متجانس ہے جو خود شبق انگیز اشیا ہیں[1]۔ خون کے دباؤ پر اس کا ایک نمایاں خافض اثر ہوتا ہے۔ ۲ء. مکعب سنٹی میٹر کے دروں وریدی اشراب سے پارہ ۴ء۳ ملی میٹر اتر جاتا ہے۔ نیز یہ انسولین (insulin) کے فعل پر بھی امتناعی اثر رکھتا ہے۔ اس ہارمون کا خاص فعل یہ ہے کہ یہ صنفی اعضا کو ہیجان پہنچا کر ان کو وظیفی فعالیت کی حالت میں لے آتا ہے۔ اور دروں رحمہ میں بیش دمویت اور غدی فعالیت پیدا کرنے سے شبق یا خواہش مقاربت میں زیادتی پیدا کرتا ہے۔

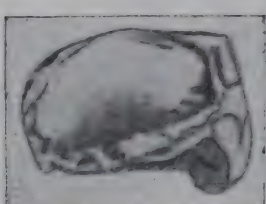
لیوٹینی ہارمون (The Lutein Hormone)۔ اگرچہ بیضہ کی باروری مذکورۂ شبق انگیز ہارمون کے اثر سے عمل میں آتی ہے، مگر یہ امر ثابت کرنے کے لئے کافی شہادت موجود ہے کہ اس کا آئندہ نمو دروں رحمہ کے تغیرات کا تابع ہے جو ایک اور بالکل مختلف افراز 95

---

[1] See Articles by T. W. Cook, C. Hewitt and L. Hiegr in *Proc. Roy. Society Brit.*, 1932 cxi, 485; *Nature*, 1932, cxxx., 926 ; and *Journ. Chem. Soc.*, 1933, April, 395.

دو "پروجیسٹین" (Progestin) سے وقوع میں آتے ہیں جو جسم اصفر کے خلیات سے پیدا ہوتا ہے۔ ان تغیرات کا آئندہ صفحات میں تفصیل سے ذکر کیا گیا ہے، اور یہاں صرف اتنا بیان کر دینا کافی ہوگا کہ لیوٹینی ہارمون کا اصلی فعل یہ معلوم ہوتا ہے کہ یہ دروں رحمہ کے ہیکلی خلیات کے نمو کو پختگی کی حالت تک ترقی دیتا ہے جسے مجازاً ابتدائی ریزینہ تصور کیا جا سکتا ہے جو بارور بیضہ کے وصول کرنے کے لئے طیار ہوتا ہے (دیکھو صفحہ ۴۰ - ۱ اور ب)۔ شا (Shaw) کے مطابق جسم اصفر (شکل ۳، ۷) کی جسامت حیضی دور کے تقریباً انیسویں دن تک بڑھتی جاتی ہے۔ مگر اس دن کے بعد اس میں مختلف عورتوں میں معتدبہ اختلاف پایا جاتا ہے، اور ہمارا (بی۔ ڈبلیو) یہ خیال ہے کہ اس دن کے بعد بھی ایک آئندہ زمانہ تک جسم اصفر کا نمو اور فعل جاری رہتا ہے حتیٰ کہ اس کا رشتۂ حیات بیضہ کی ہلاکت سے منقطع ہو جاتا ہے۔ اگر بیضہ بارور ہو جائے اور استقرار حمل عمل میں آ جائے تو جسم اصفر کم از کم حمل کے تیسرے یا چوتھے مہینہ تک فعل کرتا ہے جب مشیمہ (placenta) کا دورانِ خون قائم ہو جاتا ہے تو ریزینہ کی بالیدگی کی مزید ضرورت نہیں رہتی، اور انواع انسان میں جسم اصفر کا فعل بظاہر ختم ہو جاتا ہے۔ حیض کا "کاذب" جسم اصفر، اور حمل کا "صادق" جسم اصفر کہنے سے کوئی فائدہ حاصل نہیں۔ صرف ایک ہی جسم اصفر ہوتا ہے، اور اس کا ایک ہی اہم فعل ہے۔ اور وہ یہ ہے کہ یہ دروں رحمی ہیکل کو اس کی بالیدگی اور اسکے مکمل نمو کیلئے بڑھتے ہوئے بیضہ کی ضروریات کے مدنظر تحریک پہنچاتا ہے۔ جب یہ اپنا فعل انجام دے چکتا ہے تو اس میں کتلتہ الخلایا (syncytium) کی طرح انحطاط واقع ہو جاتا ہے، اور اس کے نمو کی ترقی کے مدارج کو بیان کرنے کے لئے خاص اصطلاحات کا استعمال کرنا فضول اور مغالطہ انگیز معلوم ہوتا ہے۔

فرینکل (Fraenkel) کی جدید تحقیقات کی طرف پہلے اشارہ کیا جا چکا ہے۔ اس نے جسم اصفر اور دروں رحمہ کا باہمی تعلق دریافت کیا تھا، اور ان مشاہدات کی کئی ایک دوسرے محققین نے تصدیق بھی کی ہے۔ ہالبین (Halban) نے چالیس واقعات میں بیض سے جسم اصفر کا استیصال کرنے سے یہ معلوم کیا ہے کہ ایسے عملیہ کے بعد ۹۲٫۵ فی صدی میں رحمی نزف واقع ہو جاتا ہے۔ ہم (بی۔ ڈبلیو) نے ۱۹۲۶ء ہالبین (Halban) کے تجربات کا اعادہ کیا، اور پہلے ہی سے



شکل ۳، ۷۔ طبعی جسامت کا نامی جسم اصفر جو حیضی دور کے سولھویں دن علیحدہ کیا گیا تھا۔ (وائٹ ہوس۔)

رحمی مواد جمع کر کے اس کے متعلق تحقیقات کرنے سے یہ دریافت کیا کہ عورت میں جو رحمی نزف جسم اصفر کو دور کرنے سے پیدا ہوتا ہے اس کے ساتھ دروں رحمہ کا تنخز بھی واقع ہوتا ہے، کیونکہ رحمی مواد میں دروں رحمہ کے ٹکڑے موجود ہوتے ہیں۔

اگر کسی معینہ تبویض سے بیضہ بارور نہ ہو اور استقرارِ حمل عمل میں نہ آئے تو جسم اصفر میں انحطاط واقع ہو جاتا ہے۔ اس کی رمادی رنگت ایک لپائڈ (lipoid) کے نمودار ہونے سے زرد ہو جاتی ہے، اور اس کے کہفہ میں نزف واقع ہو جاتا ہے۔ جسم اصفر میں جو طبعی انحطاط دروں رحمی تنخز سے (جو عورت میں حیض کو متلازم ہوتا ہے) پہلے پیدا ہوتا ہے اور اس کو پیدا بھی کرتا ہے، اُس کا سبب ابھی تک ایک لاینحل مسئلہ ہے۔ بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ امر فیصل بارور بیضہ کی ہلاکت ہے، اور یہ خیال بھی پیش کیا گیا ہے کہ بڑھتے ہوئے بیضہ اور لیوٹینی خلیوں کے درمیان معایشت (symbiosis) بھی موجود ہو سکتی ہے۔ ہم اس امر کی طرف توجہ دلا چکے ہیں کہ جب بیضہ گرافی جراب سے علیحدہ ہوتا ہے تو یہ اپنے ساتھ شعاعی اکلیل (corona radiata) کی شکل میں "ذراتیتی" تہ (granulosa layer) سے جرابی سرحلمہ کی کئی ایک تہیں لے جاتا ہے۔ یہ خلیے ان خلیوں کے متماثل ہوتے ہیں جن سے خالی جراب میں بعد میں جسم اصفر کی کار پرداز بافت پیدا ہوتی ہے۔ لہٰذا "ذراتیہ" (granulosa) کے ممکن الحصول مادہ میں ایک انقسام واقع ہو جاتا ہے اور یہ ممکن ہے کہ نابارور بیضہ کی اور اس کے ساتھ ہی شعاعی اکلیل کی ہلاکت سے ایسے حاصلات پیدا ہو جاتے ہوں جو ویکسین کی طرح فعل کرتے ہوں اور "منفی حالت" (negative phase) پیدا کر دیتے ہوں جس کا نتیجہ جسم اصفر کا انحطاط ہوتا ہو۔ 96

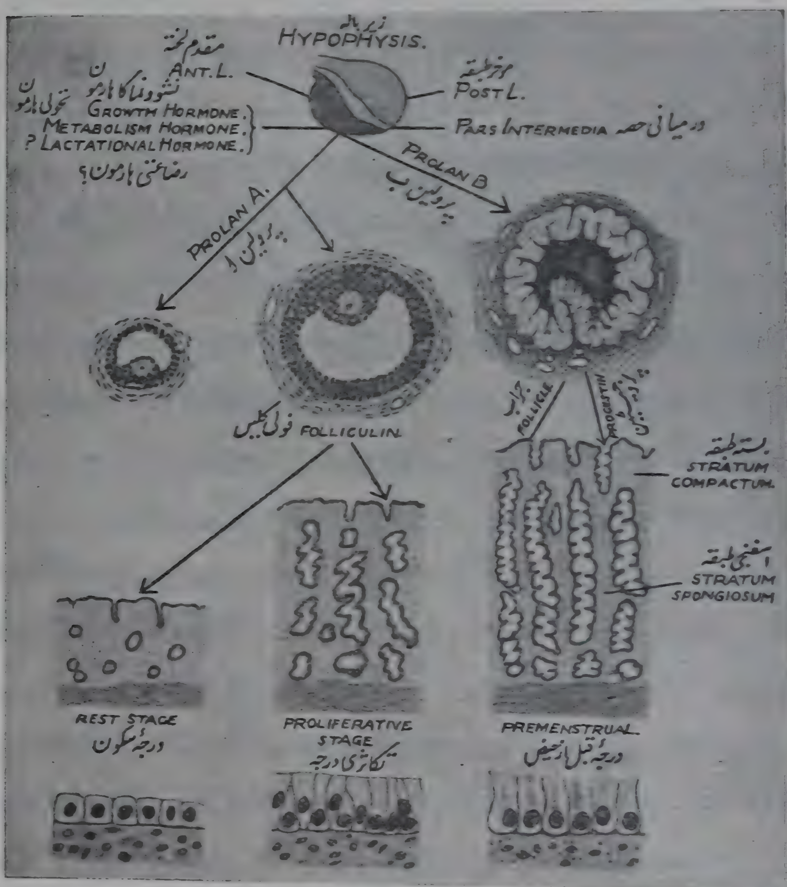
شبق اور لیوٹینی ہارمون کا تعلق۔ جب سے مبیضی افراز میں "فولی کلین" اور "پروجیسٹین" دو ممیز الافعال ہارمونوں کا وجود ثابت ہوا ہے اس وقت سے اس امر کے متعلق کافی شہادتیں بہم پہنچ چکی ہیں کہ یہ ہارمون اپنے افعال کے لحاظ سے طبعی طور پر ایک دوسرے کے متضاد ہیں۔ جسم اصفر سے ایک متضاد جوہر طیار کیا گیا ہے جو عملی حیوانات میں شبق پر امتناعی اثر کرتا ہے (پارکس :Parkes)۔ تجربات سے معلوم ہوا ہے کہ حیوانات میں کاذب حمل کی حالت میں جسم اصفر علیحدہ کر دینے سے شبق اور تبویض قبل از وقت پیدا کیے جا سکتے ہیں۔ دورانِ حمل میں تبویض بالعموم رکی رہتی ہے، اور بیطاری جراحوں کو یہ امر بہت مدت سے معلوم ہے کہ گائے میں جسم اصفر کے برقرار رہنے سے تبویض رک جاتی ہے، اور عقم پیدا ہو جاتا ہے۔ اس کا علاج معائے مستقیم کے

راستہ سے جسم اصفر کو ہاتھ سے تباہ کر دینے سے کیا جا سکتا ہے۔ یہ خیال پیش کیا گیا ہے کہ عورت میں رحمی نزف جو جسم اصفر کے استیصال سے پیدا ہوتا ہے قبل از وقت تبویض کا نتیجہ ہوتا ہے جو متضاد الفعل لیوٹینی ہارمون کو علیحدہ کر دینے سے عمل میں آتی ہے۔ مگر یہ بیان معترض علیہ معلوم ہوتا ہے، کیونکہ دروں رحمی تنخر یختہ گرافی جراب کی تباہی یا اس کے امتصاص یا استیصال سے بھی واقع ہو جاتا ہے۔ اس امر سے بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ گرافی جراب میں صرف شبقی ہارمون ہی موجود نہیں ہوتا بلکہ ایسے ہارمون کے شائبات بھی پائے جاتے ہیں جو آئندہ چلکر لیوٹینی فعل کا امتیازی خاصہ بنجاتا ہے۔ کارنر (Corner) اور ہارٹ مین (Hartmann) نے حال ہی میں یہ بیان کیا ہے کہ اگرچہ جرابی اور لیوٹینی ہارمون درحقیقت اپنے افعال میں متضاد ہیں مگر یہ "متحد الفعل" (synergestic) یا مشترک العمل بھی ہیں۔ مبیض بر آوردہ بندروں میں ایسٹرین (œstrin) کا اشراب کرنے سے کارنر (Corner) نے پیش حیضی تغیرات کی مکمل عدم موجودگی میں دروں رحمہ سے نزف پیدا کر دیا۔ اگر مخاطیہ کو پہلے ایسٹرین کے اشراب سے حساس بنا لیا جائے اور بعد میں اصفری ہارمون کے اشرابات ایک سلسلہ میں کئے جائیں تو صادق حیض شروع ہو جاتا ہے جس کے ساتھ دروں رحمہ کا معیاری پیش حیضی تکاثر پایا جاتا ہے۔ ان دونوں مبیضی ہارمونوں کے باہمی تعلق کو ہیسا (Hisaw) نے یوں بیان کیا ہے۔ جرابی ہارمون کا فعل یہ معلوم ہوتا ہے کہ یہ رحم کو ایک مناسب فعلیاتی حالت پر لاتا ہے جس سے اس میں جسم اصفر کے ہارمون کے لئے مجیبیت پیدا ہو جاتی ہے۔ ان دونوں اشیا میں سے کوئی ایک بھی اکیلی آختہ رحم میں بدل الحملی تکاثر پیدا نہیں کر سکتی۔ لیکن اگر اس میں پہلے جرابی ہارمون کے اشراب سے معیاری شبق کی حالت پیدا کر دی جائے اور اسکے بعد جسم اصفر کے ہارمون کا استعمال کیا جائے تو بدل الحملی تکاثر رونما ہو جاتا ہے۔ ہیسا (Hisaw) نے مادہ سؤر کے اجسام اصفر سے دو اجزا علیحدہ کئے ہیں۔ جزو (Fraction A) میں جو قلمی ہوتا ہے باکرہ حیوانات میں حوضی رباطات کو ڈھیلا کر دینے کا خاصہ موجود ہوتا ہے جو حمل کے ممیز خواص میں سے ہے۔ جز ب (Fraction B) غیر قلمی ہوتا ہے، اور یہ بظاہر اس دروں رحمی نمو کا ذمہ دار ہوتا ہے جسے اب جسم اصفر کے فعل رئیسہ کے ساتھ منسوب کیا جاتا ہے۔

نخامیہ کا مقدم لختہ (The Anterior Lobe of the Pituitary)-

صنفی اعضا کی فعلیات کے متعلق جو جدید تحقیقات کی گئی ہیں ان میں سے اہم ترین انکشاف یہ ہے کہ مبیض کا فعل ان ہارمونوں کے تابع اور ماتحت ہے جو نخامی غدہ (pituitary gland) کے

97 مقدم لختہ میں پیدا ہوتے ہیں۔ مبیض اُس پیچیدہ ہارمونی سلسلہ کی ایک کڑی ہے جو بالغ عضویہ کے تناسلی افعل کو منظم رکھتا ہے۔ زیربالہ (hypophysis) اور تناسلی غدود کا باہمی تعلق سنہ ۱۹۱۰ء سے



شکل ۴۴،۔ یہ ارتسامی تصویر مقدم نخامی ہارمونوں (anterior pituitary hormones)، مبیض (ovary) اور دروں رحم (endometrium) کے درمیانی تعلقات کو ظاہر کرتی ہے (گریوز کے مطابق۔)

معلوم ہے جبکہ فرولک (Frölich) نے زیر نخامیت (hypo-pituitarism)،

زیر صنفیت (hypo-sexualism) اور شحمی تناسلی سوءِ تغذیہ (adiposogenital dystrophy) کا علائیہ قائم کیا تھا۔ اگر کم عمر حیوانات میں نخامی غدہ علیحدہ کر دیا جائے تو اسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ابتدائی اور ثانوی صنفی خواص کا نمو رک جاتا ہے، اور جسم کی بالیدگی اور تحول میں نقص واقع ہو جاتا ہے۔ بخلاف اس کے مقدم لختہ کے خلاصوں کے اشراب یا اس کی بافتوں کے پیوندوں سے نابالغ حیوانات میں تناسلی بلوغ اور بیضی جرابوں کی لیوٹینی کیفیت (luteinization) قبل از وقت پیدا ہو جاتے ہیں۔ چوہیا میں اس کی عمر کے ابتدائی حصہ ہی میں یعنی اس کی زندگی کے انیسویں دن مقاربت پیدا کی جا سکتی ہے۔ اور بالغ حیوانات میں تبویض کی "رفتار تیز کی جا سکتی ہے" اور طبعی تعداد سے کئی گنا بیضے پیدا کئے جا سکتے ہیں۔ اس حالت میں رحم میں کثیر التعداد بیضے پائے جاتے ہیں۔ اس صورتِ حالات کو "بیش تبویض" (super-ovulation) اور "بیش حمل" (super-
98 pregnancy) سے تعبیر کیا گیا ہے (سمتھ :Smith اور اینگل :Engle)۔ مقدم لختہ کے ہارمونوں پر حال ہی میں اس ملک (انگلستان) میں ویسنر (Wiesner) نے، اور جرمنی میں زَندک (Zondek) اور ایشہائیم (Aschheim) نے معتدبہ تفصیل کے ساتھ تحقیقات کی ہے۔ ان دونوں نے جو نتائج اپنی اپنی جگہ پر حاصل کئے وہ ایک ہی ہیں۔

ایشہائیم کے مطابق مقدم لختہ سے علیحدہ علیحدہ چار ہارمونی اجسام پیدا ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۴۷)۔ ان میں سے دو جو فرداً فرداً "پرولین ا" (Prolan A) اور "پرولین ب" (Prolan B) کہلاتے ہیں مبیضی فعل کو منظم رکھتے ہیں اور اس کی رہنمائی کرتے ہیں۔ تیسرا عمومی نشو و نما سے تعلق رکھتا ہے، اور چوتھا جس کا نام کرسنر (Kristner) اور پلاٹ لیبشٹز (Plaut-Liebes-chutz) نے "پری فائسن" (Praephyson) رکھا ہے، بظاہر جسم کے تحول کو متاثر کرتا ہے۔ یہاں صرف دو صنفی ہارمونوں پرولین ا (Prolan A) اور پرولین ب (Prolan B) کا ذکر کرنے کی ضرورت ہے۔ زندک اور ایشہائیم زیر بالہ (hypophysis) کے مقدم لختہ کو "صنفی فعل کا محرکہ (motor)" اور دونوں ہارمونوں پرولین ا اور پرولین ب کو "صنف کے خاص الخاص نوعی ہارمون" تصور کرتے ہیں۔ پرولین ا گرافی جراب کی پختگی کے لیے مہیج اعلیٰ ہے، اور شبقی ہارمون کی پیدائش کی ابتدا کرتا ہے۔ اسے جسم کی ایسٹرین کی پیدائش پر اختیار حاصل ہے، اس لئے دروں رحمہ کی بیش حیضی حالت بھی اس کے زیر اقتدار ہے۔ بخلاف اس کے "پرولین ب" (Prolan B) منشق جراب کے مناطیقی خلیات کا مہیج جوہر ہے۔ یہ ان خلیات کو کامل النمو

جسم اصفر میں تبدیل کر دیتا ہے' اور لیوٹینی ہارمون (پروجیسٹین: progestin' لیوٹین: lutein' وغیرہ) کی پیدائش کو تحریک پہنچاتا ہے۔ لہذا پرولین ب جسم اصفر کی وساطت سے پختہ ریزینہ (mature decidua) کے نمو کا ذمہ دار ہے۔ شکل ۴، میں جو زندک اور ایشہائیم کی تحقیقات کے مطابق کھینچی گئی ہے تخامی ہارمونوں' اور گرانی جراب اور جسم اصفر کے درمیانی تعلق' اور انکے اس متحدہ اثر کی' جو دوران رحمہ پر ہوتا ہے' ارتسامی توضیح کی گئی ہے۔ ویسنر (Wiesner) نے مختلف اصطلاحات استعمال کی ہیں' مگر اس کے نتائج زندک (Zondek) کے نتائج کے تقریباً متماثل ہی ہیں۔

تناسلی دور کے شبقی درجہ کو ویسنر نے "الفا" حالت ("a" phase) کے نام سے موسوم کیا ہے' اور جرابی شبق انگیز ہارمون کو وہ "الفا" جز ("a" factor) کہتا ہے۔ لیوٹینی یا پیش حیضی درجہ کا نام اس نے "بیٹا" حالت ("β" phase) رکھا ہے۔ اور لیوٹینی ہارمون کو وہ "بیٹا" جز ("β" factor) کی اصطلاح سے تعبیر کرتا ہے۔ زندک کی طرح ویسنر بھی یہ خیال کرتا ہے کہ تخامیہ کے مقدم لختہ کے دو فعل ہیں۔ یعنی شبق انگیز یا "شبق زا" (œstogenic)' اور لیوٹین کا مہیج یا "ممد حمل" (kyogenic)۔ مہیج مولدات (gonadotropic) جواہر کو وہ "رو ۱" (Rho I) اور "رو ۲" (Rho II) کے نام سے موسوم کرتا ہے' اور یہ فرداً فرداً زندک کے "پرولین ا" اور "پرولین ب" کے متناظر ہیں۔ ویسنر (Wiesner) اور پٹیل (Patel) نے یہ دریافت کیا ہے کہ چوہیا میں بیٹا حالت (β phase) مہبلی سرحلمہ کے بلند قامت مخاطی خلیوں میں تبدیل ہونے (مخاطیت: mucification) سے بآسانی شناخت کی جا سکتی ہے۔ یہ تبدیلی قرنیت (cornification) سے بالکل علٰحدہ حالت ہے جو الفا حالت (a phase) کا امتیازی خاصہ ہے۔

زندک ایشہائیم کا تعامل (Zondek-Aschheim Reaction)

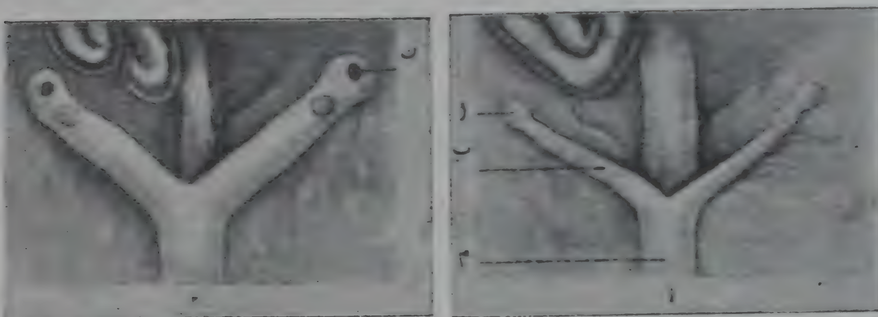
دوران حمل میں مقدم لختہ کے ہارمون خون میں بہت بڑی مقداروں میں موجود ہوتے ہیں' اور اسی لحاظ سے پیشاب میں بھی یہ خارج ہوتے ہیں۔ عدم حمل کی حالت میں ان کی جو مقداریں خارج ہوتی ہیں ان سے یہ مقداریں کہیں زیادہ ہوتی ہیں۔ مشیمہ (placenta) میں بھی یہ اس کثرت سے پائے جاتے ہیں کہ اس سے یہ خیال کیا جاتا ہے کہ یہ ہارمونوں کا صرف ذخیرہ ہی نہیں ہے بلکہ انکی پیدائش میں بھی اس کو کچھ دخل حاصل ہے (میک: Mack: اور کیتھروڈ: Catherwood)۔

دورانِ حمل میں پیشاب میں "نخامی یا "نخامی نما" (کولپ :Collip) ہارمونوں کی جو غیر معمولی مقدار موجود ہوتی ہے اُس کا استعمال ایشہائیم اور زندک نے حمل کے لئے ایک عملی کاشفہ طیار کرنے میں کیا ہے۔ اگر کسی حاملہ عورت کے پیشاب کی تھوڑی سی مقدار کا کسی نابالغ چوہیا کے دورانِ خون میں اشراب کر دیا جائے تو اس سے جرابات میں پختگی نمودار ہو جاتی ہے، اور ساتھ ہی مرئی نزفات بھی 99 واقع ہو جاتے ہیں ("نقاطِ خون" :Blutpunkte)۔ چوہوں کے مبیضوں میں ان نقاطِ خون کا ظہور کاشفہ کے مثبت ہونے پر دلالت کرتا ہے (شکل ۷۵)۔

چونکہ مطلوبہ معیار کی نابالغ سفید مادہ چوہیاؤں کی ایک کافی تعداد کے حاصل کرنے میں عملی طور پر دقت پیش آتی ہے اس لئے فریڈمین (Friedman)، شنیڈر (Schneider)، ولسن (Wilson) اور دوسرے محققین نے اس تعامل کی ایک مرممہ شکل پیش کی ہے۔ اس طریقہ میں بالغ مادہ خرگوشوں کا اس اصول کے تحت استعمال کیا جاتا ہے کہ مادہ خرگوش میں تبویض جرفِ مقاربت کے بلا واسطہ نتیجہ کے طور پر ہی واقع ہوتی ہے۔ مریضہ کے صبح کے پیشاب کی پانچ مکعب سنٹی میٹر مقدار کا اشراب ایسے کاشفی حیوان کی کان کی ورید میں کر دیا جاتا ہے جو کم از کم ایک ماہ سے علٰحدہ رکھا گیا ہو۔ سولہ گھنٹے گذرنے پر اس حیوان کے شکم پر معدمِ حس کے زیر اثر خطِ وسطی میں ایک شگاف دیا جاتا ہے، اور اس میں سے مبیض کا معائنہ کیا جاتا ہے۔ اگر تعامل مثبت ہو تو ایسے کئی ایک جراب پائے جاتے ہیں جو ابھی منشق ہوئے ہیں، یہ اپنے شوخ سرخ رنگ اور مرتفع منظر کی وجہ سے بآسانی شناخت کئے جاتے ہیں۔ ان میں سے ہر ایک کے مرکز پر خفیف سا نشیب موجود ہوتا ہے۔

ایشہائیم زندک کا اصلی تعامل حیرت انگیز طور پر صحیح ثابت ہوتا ہے۔ کاشفات کے ایک طویل سلسلہ میں غلطی کا امکان اتنا کم ہے کہ یہ صرف ۵ فی صدی تک ہی پہنچتا ہے۔ یہ عدد ایسے تعامل کیلئے جو بنیادی طور پر حیاتیاتی ہو بہت کم ہے۔ فریڈمین کے مرممہ کاشفہ کی صحت قطعی طور پر مسلمہ قرار نہیں دی گئی، مگر آج کل اس کا استعمال بہت کثرت سے کیا جاتا ہے، اور بظاہر کافی موثق نتائج حاصل ہوتے ہیں جن سے اس کی اہمیت ثابت ہوتی ہے۔ یہ بہت ابتدا ہی میں یعنی حیض کے بند ہونے کے آٹھویں دن مثبت نکلتا ہے، اور وضع حمل کے تقریباً دو دن بعد تک مثبت رہتا ہے جب تک زندہ مشیمی بافت "مادری خون کے حیاتیاتی تماس میں" رہتی ہے (ایشہائیم)۔ یہ تعامل حاصل کیا جا سکتا ہے۔ لہٰذا یہ انبوبی حمل میں استقاط سے پہلے، اور غیر مکمل رحمی حمل، کیسی رحم (vesicular mole) اور سلوی سر طلمی سلعہ (chorionepithelioma) کی حالتوں میں مثبت ہوتا ہے۔

افعال مبیض کے متعلق موجودہ خیالات کا جو مختصر سا خلاصہ پیش کیا گیا ہے اس کے اختتام پر

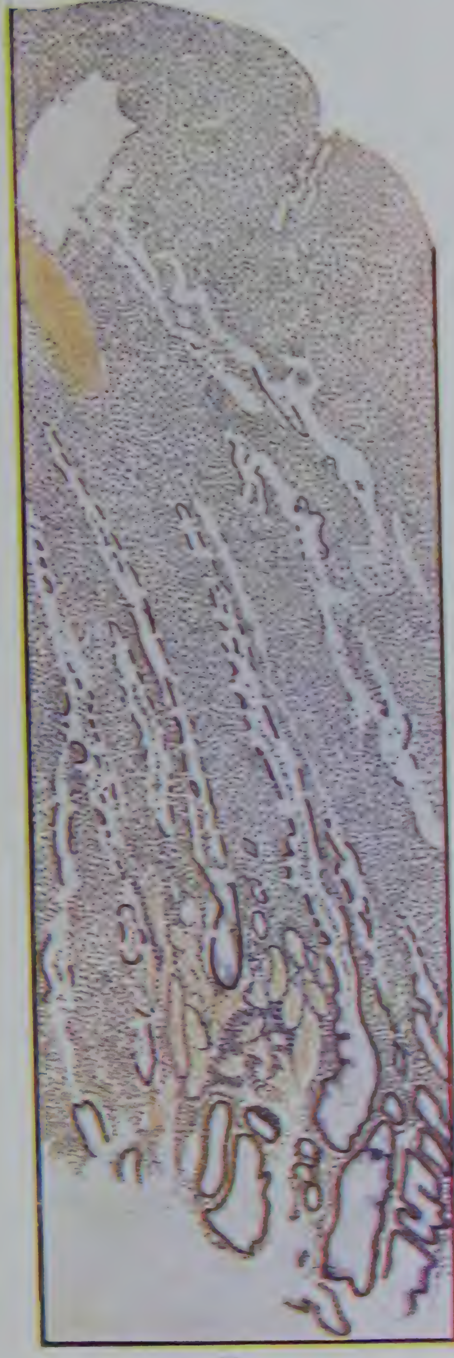


شکل ۵۷۔ نابالغ سفید چوہیاؤں کے حوضی اعضا جو ۱۔عیار (control) اور ۲۔
زندک ایشتہائیم کے مثبت تعامل کو ظاہر کرتے ہیں جو مقدم نخامیہ (anterior pituitary)
کے صنفی ہارمون سے (جو پیشاب میں موجود تھا) پیدا ہوا ہے۔
(ل) مبیض (ب) قرن رحم (uterine horn) (م) مہبل۔(ن) نزفی گرانی جراب
(نقاطِ خون)۔قرن رحم کی بیش پرورش مثبت تعامل "ب" میں ملاحظہ ہو۔

اس امر پر زیادہ زور دینا نامناسب نہیں ہوگا کہ اس پیچیدہ موضوع کے تمام تر امور ابھی تک ایک بہت بڑی حد تک تصفیہ طلب ہیں۔جدید انکشافات ہونے پر مذکورہ بیانات میں سے بعض کی ترمیم اور بعض کی تصحیح ضروری ہوگی۔بہرکیف جو کچھ بیان کیا جا چکا ہے اس سے مطالعہ کنندہ کو جدید تحقیقات 100
اور موجودہ خیالات کا مجمل علم ہو جانا چاہئے، اور اسے اس قابل ہو جانا چاہئے کہ صنفی فعلیات کے متعلق جو روز افزوں ترقی ہو رہی ہے اور جس کا ذکر دنیا کے طبی رسالوں میں آج کل اس کثرت سے ہو رہا ہے اُس کے مطابق اپنی معلومات کو تازہ رکھے۔

رحم کے افعال

رحم کے افعال یہ ہیں کہ یہ بارور بیضہ کو وصول کرے، اور اسکے آئندہ تغذیہ اور نمو کے لئے مناسب ذرائع مہیا کرے، اور انجام کار جب میعادِ حمل ختم ہو تو اس کو مادری عضویہ سے علیحدہ کر دے۔

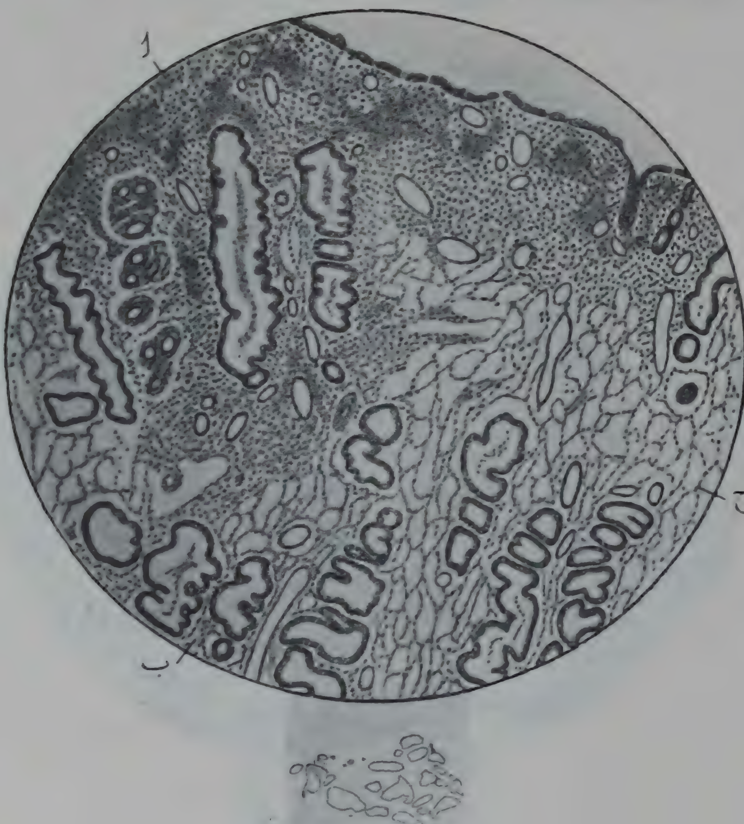


ا۔ پیش حیضی دروں رحمہ (ڈبلیو۔ شا) جس میں بستہ اور اسفنجی تہیں دکھائی دیتی ہیں۔ غدی انبیبات کے سطحی حصوں کے سرحلمہ میں انحطاط رونما ہو رہا ہے۔



ب۔ پیش حیضی دروں رحمہ کی تبدیلی حمل کے ابتدائی ریزینہ میں۔ ایک بارور بیضہ ابتدائی ریزینہ کی بستہ تہ میں مدفون ہے۔ (سی۔ ایل۔)

اس باب میں صرف غیر حاملہ رحم کی فعلیات کا ذکر کیا جائے گا۔



شکل ۶، دروں رحمہ (endometrium) کی حیض سے آٹھ دن پہلے کی حالت کو ظاہر کرتی ہے۔ (ا) بستہ تہ (compact layer)۔ (ب) دروں رحمہ کی اسفنجی تہ۔ (ج) متہیج ہیکل (œdematous stroma)۔ جوں جوں ایام حیض قریب آتے جاتے ہیں دروں رحمہ حمل کے ریزینہ سے بہت زیادہ مشابہ ہوتا جاتا ہے۔

یہ ظاہر ہے کہ اس سلسلہ میں دروں رحمہ کو سب سے زیادہ اہمیت حاصل ہے، اس لئے اس کی جو تشریح صنفی یا حیضی دور میں ہوتی ہے اس پر پہلے غور کیا جائے گا۔

تمام پستانیوں میں رحمی مخاطیہ کی ساخت دورِ حیض کی مختلف حالتوں میں مختلف ہوتی ہے، اس لئے یہ ضروری ہے کہ نسیجیات حیض کے بیان میں ان تغیرات کا مکمل طور پر تذکرہ کیا جائے۔ ہٹش مین (Hitschmann) اور ایڈلر[1] (Adler) نے پہلے پہل انسانی انواع میں ان فعلیاتی

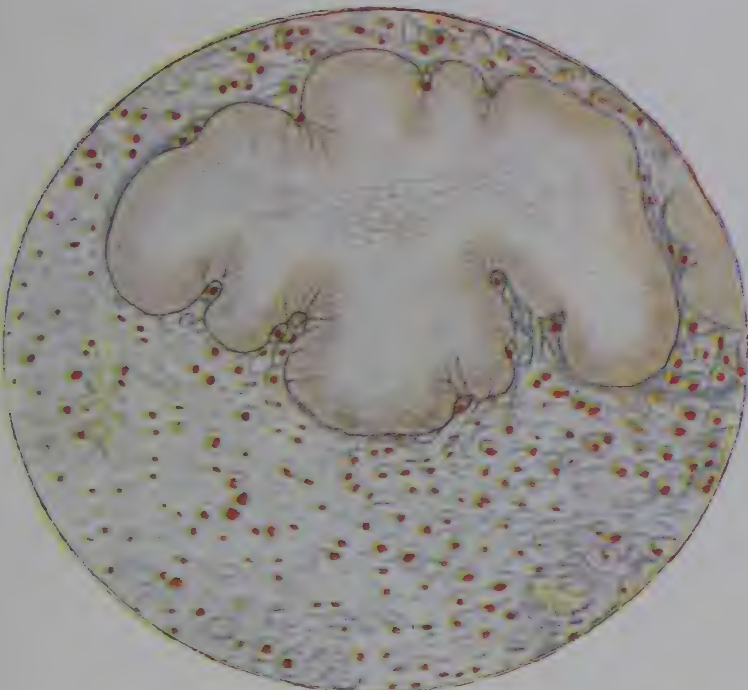


شکل ۷۷، حیض کے پہلے دن دروں رحمہ (endometrium) کی حالت کو ظاہر کرتی ہے۔ بستہ تہ کا ریزیزہ نما منظر نمایاں طور پر دکھائی دیتا ہے، اور پارجت (diapedesis) سے رنگی نزف واقع ہوگیا ہے۔ غدد مخاط سے پر ہیں۔ × ۶۳۔

---

[1] *Wiener med. Wochenschr.* 1907 lvii, 1297 ; *Monatschr. f. Geb. und Gynäk.*, 27, page 1, 1908 ; *Archiv. für Gyn.* 1913, Band C., H. 2, S. 233.

صفحہ ۵



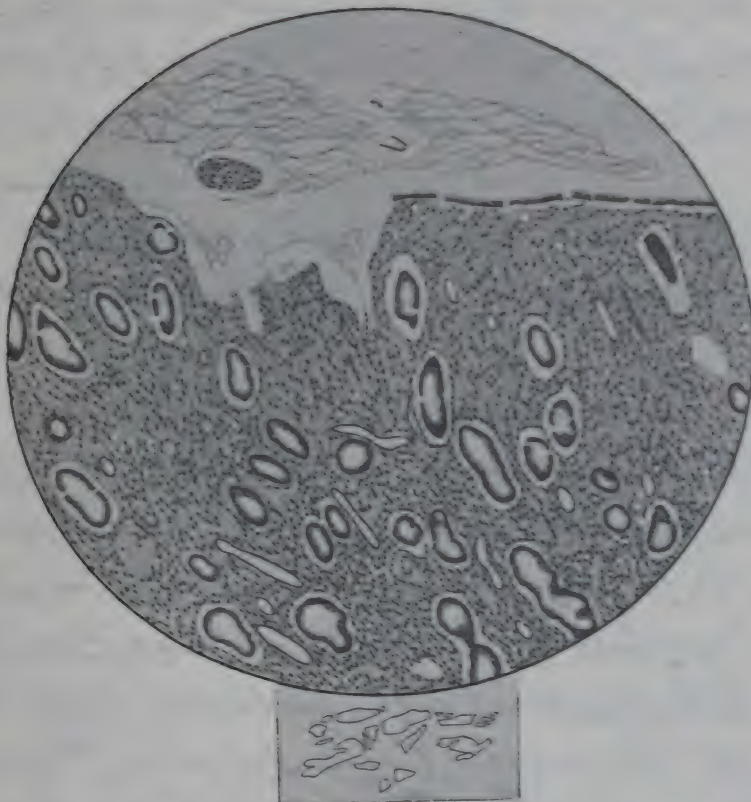
طبعی دروں رحمہ **(Normal Endometrium)** (حالتِ قبل از حیض)۔ اس کی تلوین میلوری کی یوٹی کروم میتھیلین بلیو سے کی گئی ہے۔ غدی سرحلمہ کی قاعدی غشا گہری نیلی ہے۔ اور ہیکل میں کولیجنی ریشوں کے جال کا رنگ ہلکا نیلا ہے، اور ہیکلی خلیے نارنجی ہیں۔ عروقِ شعریہ کے اندر کے دموی جسیمے زرد رنگے ہوئے ہیں۔ غدہ کے اندر فرن نما میات اور اس کے دروں میں مخاط کی موجودگی کو غور سے دیکھا جائے۔

تغیرات کے دور کی طرف توجہ دلائی۔ اس سے پیشتر حائض اور غیر حائض مخاطیہ کا مطالعہ اس خیال سے علیحدہ علیحدہ کیا جاتا تھا کہ موخر الذکر کے خواص جب تک کہ اس میں کوئی مرضیاتی عمل مثلاً التہاب واقع نہ ہو غیر متغیر رہتے ہیں۔ مذکورہ بالا مشاہدین نے سب سے پہلے اس امر پہ زور دیا کہ رحم کے طبعی مخاطیہ کے دوری فعلیاتی تغیرات اس قدر معین ہیں کہ ماہرینِ استعمالِ خردبین بافتوں کی حالت کا مطالعہ کرنے سے قریب ترین ایامِ حیض کی تاریخ کا تعین کر سکتے ہیں۔ ان دوری تغیرات میں دروں رحمہ کے جملہ عناصر حصہ لیتے ہیں۔

حیضی دور کا مطالعہ چار حالتوں میں کیا جا سکتا ہے۔ (۱) حالتِ قبل از حیض۔ (۲) حالت حیض۔ ۳ حالتِ بعد از حیض یا حالتِ التفاف واندمال۔ اور (۴) وقفہ۔

(۱) **حالتِ قبل از حیض** (Premenstrual Phase)۔ حیض سے آٹھ دن پیشتر یا گذشتہ ایامِ حیض کی ابتدا کے بیس دن بعد غدود کے طول اور ان کی جسامت میں
اضافہ دکھائی دیتا ہے اور ان میں تلافیف پیدا ہونے شروع ہو جاتے ہیں۔ فرن نما زائد سے 102
دروں میں بڑھ آتے ہیں اور ان کو عمیق خلیچوں میں تقسیم کر دیتے ہیں۔ اس اثنا میں سرحلمی خلیے زیادہ طویل اور عریض ہو جاتے ہیں، اور ان سے افراز بکثرت پیدا ہونا شروع ہو جاتا ہے، جس سے کلائی یافتہ انبیبات کے درونے مخاط سے پُر ہو جاتے ہیں۔ اتصالی بافت کا ہیکل متورم ہو کر اب دو تہوں پر مشتمل ہوتا ہے، جن میں سے ایک سطحی بستہ اور دوسری عمیق اسفنجی تہ ہوتی ہے۔ قبل الذکر بستہ ریزیہ (decidua compacta) کے ابتدائی درجہ سے مشابہت رکھتی ہے جو بعض مثالوں میں اسقدر نمایاں ہوتی ہے کہ حمل کو مستثنیٰ کرنا بعض اوقات مشکل ہو جاتا ہے۔ شکل ۶، اور صحفہ ۴ میں دروں رحمہ کی تقسیم بستہ اور اسفنجی تہوں میں دکھائی گئی ہے۔ صحفہ ۵ میں ایک نام نہاد "کلغی دار" غدہ دکھائی دیتا ہے جو کسی زمانہ میں حمل کی علامت ممیزہ تصور کیا جاتا تھا گر درحقیقت یہ نوبتی دور کی قبل از حیض حالت کا ایک مثالی نسیجیاتی خاصہ ہے۔ شکل ۶، میں دروں رحمہ کی بستہ تہ اور اسفنجی تہ کا ایک حصہ قبل از حیض حالت میں دکھائی دیتا ہے۔ صحفہ ۴، ا میں غدد کے زیادہ سطحی حصوں میں یہ ظاہر ہوتا ہے کہ ان کے سرحلمہ میں انحطاط اور تکسر کا عمل جاری ہے۔ نیز عروق شعریہ کے درحلمہ میں انحطاط واقع ہونے کے باعث خفیف نزف بھی پایا جاتا ہے۔ ولفریڈ شا (Wilfred Shaw) نے دونوں انحطاطی تغیرات ایک ٹرپسنی خمیر (tryptic ferment) سے

منسوب کئے ہیں جس کے متعلق فرنیکل (Fraenkel) اور ایشنر (Aschner) نے یہ بیان کیا ہے کہ

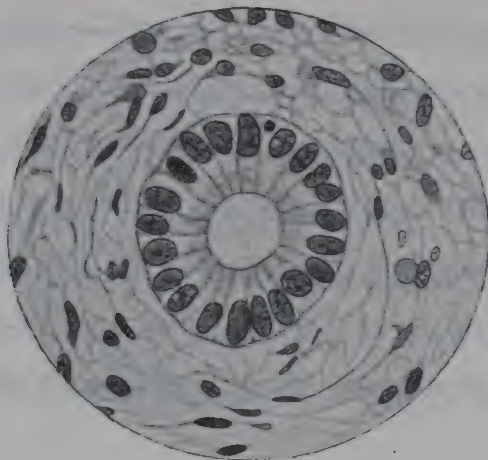


شکل ۸، حیض کے تیسرے دن دروں رحمہ (endometrium) کی حالت کو ظاہر کرتی ہے۔ صرف قاعدی تہ ہی باقی رہ گئی ہے۔ اور سطح غدد سے حاصل شدہ سرحلہ سے پوشیدہ ہو رہی ہے۔

یہ حیضی سیال میں موجود ہوتا ہے۔

(۲) نزفِ حیض کی حالت (Phase of Menstrual Hæmorrhage)۔

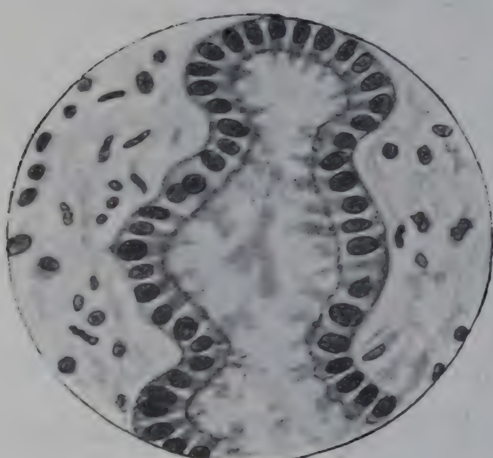
حالتِ حیض کے دوران میں مذکورہ بالا مخرّب تغیرات سے مخاطیہ کے تمام بستہ اور اسفنجی حصے (یعنی وہ حصے جو شکل ۶، و ۷، میں ظاہر کئے گئے ہیں) اتر کر علٰحدہ ہو جاتے ہیں، اور صرف قاعدی تہ ہی



شکل ۷۹۔ رحمی غدہ وقفۂ استراحت کے دوران میں۔ خلیات میں قاعدی نواتات پائے جاتے ہیں۔ اس امر کی طرف خاص توجہ کی جائے کہ درونہ کی طرف ستونی خلیوں کا خاکہ ہموار ہے (ڈبلیو شا)



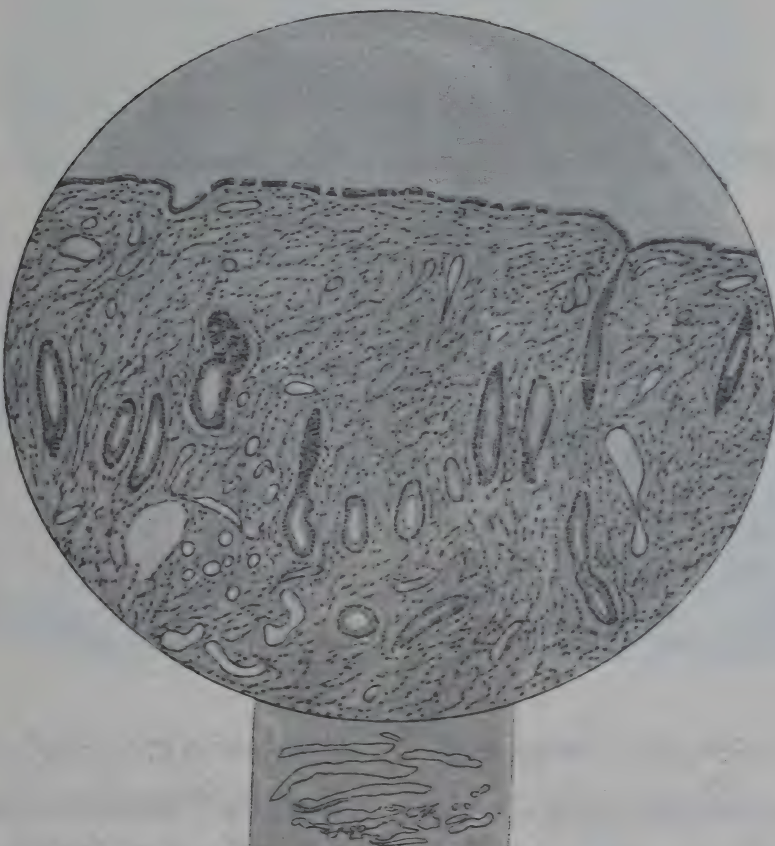
شکل ۸۰۔ یہی غدہ قبل از حیض فعالیت کے درجہ کی ابتدا میں۔ نواتات اور قاعدی غشا کے درمیان کے صاف تحزمائی منطقہ کو خاص طور پر دیکھا جائے۔
(ڈبلیو۔ شا۔)



شکل ۸۱۔ یہی غدہ قبل از حیض فعالیت کے متاخر درجہ میں۔ نواتات پھر قاعدہ کی طرف آ گئے ہیں۔ خلوی تحزمات درونہ کی طرف ناہموار ہے (ڈبلیو۔ شا۔)

باقی رہ جاتی ہے۔ صحفہ ۶ میں لبستہ اور اسفنجی تہوں کے ایسے دو قطعات دکھائی دیتے ہیں جو پہلے اتر چکے ہیں اور یہ خون کے دروں رحمی تھکلے میں پڑے ہیں۔ اور یہ معلوم ہوجانا چاہئے کہ دوران حیض میں دروں رحمہ کا اس طرح اترنا اُن تغیرات کے مشابہ ہے جو میعادِ حمل کے اختتام پر دورانِ وضع حمل میں پختہ مشیمہ کے علٰحدہ ہونے کے وقت ظہور پذیر ہوتے ہیں، ریزینہ (decidua) کی قاعدی تہ ہی صرف وہ حصہ ہوتا ہے جو نہیں اُترتا۔ بالفاظ دیگر دورانِ حیض میں دروں رحمہ کے اُتر کر علٰحدہ ہونے کا خطِ انفصال وہی ہوتا ہے جو مشیمہ کے علٰحدہ ہونے کا (صحفہ ۴، ا اور ب کا مقابلہ کیا جائے)۔

104 (۳) حالتِ بعد از حیض (Post Menstrual Phase)۔ اس سے



شکل ۸۲۔ حیض کے چھٹے دن دروں رحمہ (endometrium) کی حالت کو ظاہر کرتی ہے۔ اب سطح مکمل طور پر پوشیدہ ہوگئی ہے۔

یہ ظاہر ہوتا ہے کہ حیض بند ہونے پر مخاطیہ محض اسی قاعدی تہ پر مشتمل ہوتا ہے جو حالتِ قبل از حیض میں موجود ہوتی ہے۔ اس کی سطح اس وقت تک معرا رہتی ہے جب تک کہ غدد سے حاصل شدہ مرحلہ اسے پوشیدہ نہیں کر دیتا۔ اس سرحلمی غلاف کے طیار ہونے کا عمل بہت تیزی سے ہوتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ یہ مخاطیہ کے اترنے کے دوش بدوش ہی شروع ہو جاتا ہو۔ شکل ۸، میں اسکی وہ حالت دکھائی دیتی ہے جو حیض کے تیسرے دن ہوتی ہے۔ شکل ۲، سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ چھٹے دن یہ عمل مکمل ہو جاتا ہے۔ لہذا اس سے یہ معلوم ہوا کہ بعد از حیض حالت بقیہ ریزینی قاعدی غشائے مخاطی کے سطحی غلاف کی تجدید سے تعلق رکھتی ہے۔ اور جب یہ عمل تمام ہو جاتا ہے تو اس حالت کی بھی انتہا ہو جاتی ہے اور وقفہ شروع ہو جاتا ہے۔

(۴) وقفہ (Interval)۔ یہ استراحت کا تھوڑا سا زمانہ ہے جو فعالیت کے بار دیگر شروع ہونے سے پہلے پایا جاتا ہے۔ تجدید فعالیت نواتی خیطیت (nuclear mitosis) اور خلوی تکاثر کی شکل اختیار کر لیتی ہے۔ اور ولفریڈ شا (Wilfred Shaw) کے مطابق یہ چودھویں دن (اٹھائیس دن کے دور کے عین نصف میں) شروع ہو جاتی ہے، اور اس کے ظہور کے ساتھ ہی "وقفہ" کا خاتمہ ہو جاتا ہے۔

قبل از حیض فعالیت کی سب سے ابتدائی حالتوں کا مطالعہ غدی خلیات کے تخرمایہ اور ان کے نوات کے اسلوب کا پتہ چلانے سے کیا جا سکتا ہے۔ شکل ۹، میں ایک رحمی غدہ حالت استراحت میں دکھائی دیتا ہے۔ اسکے خلیوں کا خاکہ درونہ کی طرف ہموار ہے، اور ان کے نوات قاعدہ کی طرف واقع ہیں۔ "وقفہ" کے دوران میں خلیوں کا طبعی منظر یہی ہوتا ہے۔ شکل ۱۰، تکاثر 05
کی ابتدائی حالت کو ظاہر کرتی ہے۔ اس میں قاعدی غشا اور نوات کے مابین ایک صاف تخرمائی منطقہ دکھائی دیتا ہے۔ قبل از حیض حالت کے اول ترین تغیرات اسی نواتی انتقال پر مشتمل ہوتے ہیں۔ شکل ۱۱، سے بعد کی حالت ظاہر ہوتی ہے۔ اس میں نوات کا محل وقوع از سر نو قاعدی ہو گیا ہے، لیکن سطحی تخرمایہ ناہموار طور پر درونہ کی طرف بڑھا ہوا ہے یہ حالت وہی ابتدائی حالت (یعنی آئندہ ایام سے آٹھ دن قبل کی) ہے جس سے ہم نے ابتدا کی تھی۔ اور شکل ۶، و ۷، سے قبل از حیض حالت "مخاطیہ کے اترنے" کے وقت تک یعنی آئندہ دور کے پہلے دن تک ظاہر ہوتی ہے۔ اگر حمل قرار پا جائے تو کوئی "تنخر" واقع نہیں ہوتا، اور درون رحمہ حمل کا ریزینہ بن جاتا ہے۔ اور بیضہ لستہ تہ میں مدفون ہو جاتا ہے۔ صفحہ ۴ب میں ایک بیضہ دکھائی دیتا ہے جو حال ہی میں مدفون

ہوا ہے۔ کلغی دار غدد بدستور بڑھ رہے ہیں، اور ہیکل کے خلیات سے حقیقی ریزینہ طیار ہوگیا ہے۔

حیض (Menstruation)- جو کچھ بیان کیا جاچکا ہے اس سے مطالعہ کنندہ کو بیض اور رحم کے افعال کا باہمی تعلق معلوم ہوگیا ہوگا۔ اور وہ فعلیاتی اصول بھی سمجھ میں آگئے ہونگے جن پر اس مظہر کا، جو حیض کے نام سے موسوم ہے، دارومدار ہے۔ زندگی کے بارور حصہ میں مکمل صنفی نمو یعنی بلوغ سے لیکر "سن یاس" (climacteric) تک بالغ عورت کے جسمی دروں رحمہ سے ایک نوبتی نزف واقع ہوتا رہتا ہے۔ اس فعل کو اس کے ماہواری توازن کی وجہ سے "مینسٹروایشن" (menstruation) یا "مینسز" (menses) ("ماہواری ایام") کہا جاتا ہے۔ یہ مظہر جو انواع الانسان اور بعض اقسام کے بندروں تک ہی محدود ہے تولیدی فعل کی متوازن فعالیت پر دلالت کرتا ہے۔ اور "جنس الانسان" (Homo) میں اسکی اہمیت سمجھنے کے لئے ہمیں تقابلی فعلیات کی طرف پھر ایک مرتبہ رجوع کرنا چاہیئے۔ عمل حیض کے متعلق ہمارے جو خیالات تھے ان پر ان نتائج کا بہت گہرا اثر پڑا ہے جو سنین حال میں تجرباتی اور سریری تحقیقات سے جمع کئے گئے ہیں۔ اور اس تحقیقات کا حاصل یہ ہے کہ مبیض، نخامیہ، درقیہ، اور دروں رحمہ کے درمیانی تعلق پر زور دیا گیا ہے۔ مزید برآں چونکہ مختلف پستانیوں کے تناسلی دوروں کی تشریحی اور فعلیاتی تفصیلات کا مطالعہ کیا جاچکا ہے اسلئے اب عورت کی تناسلی فعالیت کی علامات کی تطبیق ان مماثل مظاہر کے ساتھ ممکن ہے جو دوسرے حیوانات میں ہیں معلوم ہوئے ہیں۔ (دیکھو صفحات 87 تا 98)۔

انواع الانسان میں سریری اور فعلیاتی صورت حالات کا خاکہ پیچیدہ ہے کیونکہ بیش شبقی مظاہر اور کاذب حمل کے مظاہر میں تراکب واقع ہوجاتا ہے۔ دور حیض کے تیرھویں دن سے لیکر سترھویں دن تک کے زمانہ میں تبویض واقع ہوتی ہے، اور اس وقت سے لیکر اس دور کے تقریباً اٹھائیسویں دن تک کاذب حمل کی حالت موجود رہتی ہے، اور اس کے بعد حیضی ریزینہ میں تنخر واقع ہوجاتا ہے، اور خارجی نزف جاری ہوجاتا ہے۔ کاذب حمل کے زمانہ کے اختتام پر ایک بیش شبقی حالت پیدا ہوجاتی ہے جو دور حیض کے اٹھائیسویں دن اپنے انتہائی عروج تک پہنچ جاتی ہے۔ اس کے بعد ایک مختصر سا شبقی زمانہ آتا ہے جو قدرت کی طرف سے اس امر کا انتظام ہے کہ بیضہ کی باروری کو مدد ملے جو چند دن کے بعد کسی جدید جراب بیض سے جس میں ابھی پختگی کا عمل جاری ہے نکلنے والا ہے۔ لہذا عورت میں طبعی حالت میں مواد حیض دروں رحمہ سے حاصل شدہ خون پر مشتمل ہوتا ہے

اور یہ دو واضح اسباب کا نتیجہ ہوتا ہے :-

(ﺍ) وہ خون جو دروں رحمہ کے اس تنخر کا نتیجہ ہوتا ہے جو کاذب حمل کے ریزبنہ کے اسقاط سے رونما ہوتا ہے۔

(ب) وہ خون جو شبقی امتلا اور بیش دمویت کی وجہ سے عروق شعریہ کے پھٹنے کا نتیجہ ہوتا ہے۔

106 یہ اغلب ہے کہ قبل الذکر سبب سے پیدا شدہ خون کی مقدار موخر الذکر سے بہت زیادہ ہوتی ہو۔ انسانی دروں رحمہ کے تشریحی خواص کا مطالعہ تناسلی دور کے مختلف مدارج میں کیا گیا ہے اور اس کا ذکر کیا جا چکا ہے (صفحات 101 تا 104)۔ مگر یہ معلوم ہو جانا چاہیئے کہ دوران صحت میں سن بلوغ سے لیکر سن یاس تک دروں رحمہ درحقیقت کبھی بھی حالت سکون میں نہیں ہوتا۔ یہ ہمیشہ یا تو اپنے فعل کو سرانجام دیتا ہوا پایا جاتا ہے، اور یا اس کے لئے طیاری میں مشغول دکھائی دیتا ہے۔ شروڈر (Schroeder) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ غدد رحم کی افرازی فعالیت کی شہادت تناسلی دور کے تیرھویں دن پائی جاتی ہے، اور آئندہ دنوں میں موجود رہتی ہے۔ یہ فعالیت دور کے دوران میں بڑھ جاتی ہے، مگر غدد کے افراز میں احتباس واقع ہو جاتا ہے جو بتدریج بڑھتا جاتا ہے، کیونکہ دروں رحمہ کی سطحی تہوں کے ہیکلی خلیات کی بالیدگی کی وجہ سے قنالوں میں انقباض پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ متسع غدد جو افراز سے پر ہوتے ہیں بالعموم غدی فعالیت کا ثبوت تصور کئے جاتے ہیں، اور یہ قبل از حیض حالت کا ایک خاصہ ہیں۔ یہ ایک واقعہ ہے کہ دروں رحمہ کی جو تراشیں تناسلی دور کے سترھویں دن سے لیکر آئندہ دنوں میں لی جاتی ہیں اُن میں عام طور پر چند متمدد غدد دکھائی دیتے ہیں جن میں مثالی "قرن نما" زائدے پائے جاتے ہیں۔ جوں جوں تناسلی دور کے دن گذرتے جاتے ہیں ان غدد کی تعداد میں اضافہ ہوتا جاتا ہے، کیونکہ مزید قنالوں میں انقباض واقع ہوتا جاتا ہے۔

رحمی غدد کی فعالیت تمام پستانیوں میں پیش شبقی حالت (pro-œstrum) کا خاصہ ہے، اور اغلب ہے کہ انواع انسان میں بھی ایسا ہی ہو۔

ایڈلر (Adler) نے اس امر کی طرف سب سے پہلے اشارہ کیا تھا کہ قبل از حیض حالت کا دروں رحمہ ابتدائے حمل کے ریزبنہ سے ایک بہت بڑی حد تک مشابہ ہوتا ہے۔ یہ مشابہت اتنی قریبی ہے کہ جو دروں رحمہ اس درجہ میں ہوتا ہے اس کو اب "حیضی ریزبنہ" (menstrual decidua) کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ سطحی ہیکلی خلیات کی جسامت کے بڑھنے اور ان کے

متغیر مناظر سے ایک معین "بستہ طبقہ" (stratum compactum) طیار ہو جاتا ہے' اور متسع غدد سے جو افراز سے متمدد ہوتے ہیں ایک بخوبی نمایاں "اسفنجی طبقہ" (stratum spongiosum) بن جاتا ہے جو بخوبی نمایاں ہوتا ہے (دیکھو صفحہ ۴ ل اور شکل ۸۳ ل)۔



شکل ۸۳ ل۔ یہ خرد عکسی تصویر تمام درون رحمہ اور رحم کے دردنہ کی مستعرض تراش سے' جو طبعی حیض کے پہلے دن لی گئی تھی' طیار کی گئی ہے۔ دردنہ میں اسقاط کا عیضی تھکا موجود ہے۔ حیضی درون رحمہ یا ریزینہ "بستہ طبقہ" اور "اسفنجی طبقہ" میں متمیز ہے۔ موخرالذکر متسع اور دویری غدد سے مرکب ہے جن میں یہ تغیرات قناتوں کے' بستہ طبقہ کی وجہ سے' مضیق ہو جانے سے پیدا ہوئے ہیں (واٹ ہوس)

جہاں تک تشریحی ساخت کا تعلق ہے حیض اور حمل کے ریزینے درحقیقت متماثل ہوتے 107
ہیں۔ اور ان میں فرق صرف درجہ کا ہوتا ہے' جس پر پیشِ شبقی تہیج اور امتلا کا اضافہ مستزاد ہے (دیکھو صفحہ ۳ ب)۔

ایڈلر (Adler) اور ہشمین (Hitschmann) کی یہ رائے تھی کہ جب درون رحمہ کا نمو مکمل ہو چکتا ہے تو عدم استقرار حمل کی حالت میں نزف صرف اس لئے واقع ہوتا ہے کہ مخاطیہ کے غدد اپنا افراز خارج کر دیتے ہیں۔ اور خون کا یہ جریان فعلیاتی دور کے اختتام کو ظاہر کرتا ہے۔

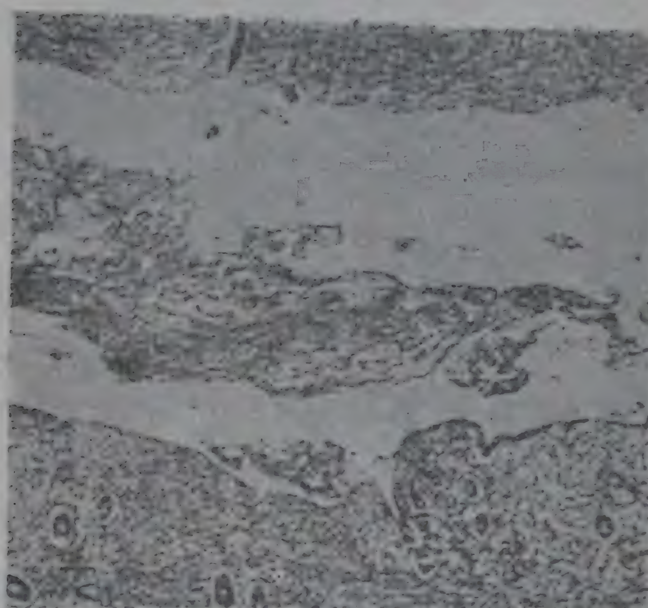


دروں رحمہ (Endometrium) کی بستہ اور اسفنجی تہوں کے ٹکڑے جو دوران حیض میں اترے ہیں اور خون کے
دررحمی تھکے میں پڑے ہیں (ڈبلیو۔ شا۔)

مقابل صفحہ 106

مگر جدید تحقیقات سے یہ معلوم ہوا ہے کہ حیض کی ابتدا پر بستہ تہ (stratum compactum) کے سطحی خلیوں میں تنخر پایا جاتا ہے۔ نوویک (Novak) نے اس عمل کو ایک "ریزہ شکن" (crumbling) سالماتی عمل بیان کیا ہے جس میں ذرات دار انخطاط یافتہ مخاطیہ کی چھوٹی چھوٹی دھجیاں اور ٹکڑے اتر جاتے ہیں، حتیٰ کہ صرف "قاعدیہ" (basalis) ہی باقی رہ جاتا ہے، اور شاذ چند "اسفنجی" باقیات (spongiosal rests) بھی موجود رہتے ہیں۔

طبعی حالت میں جو عمل واقع ہوتا ہے مذکورہ عبارت اس کا صحیح صحیح بیان ہے، اور یہ معلوم کرنا ضروری ہے کہ جسمِ رحم کے غدود کا افراز صرف اس وقت خارج ہوتا ہے جب کہ تنخر کی وجہ سے سطحی تناؤ اور قناتوں پر کا دباؤ زائل ہو جاتا ہے۔



شکل ۸۳ ب۔ حیضی "تھکا" طبعی حیض کے پہلے دن رحم کے درونہ میں پڑا ہوا ہے۔ یہ تھکا "بستہ طبقہ" کی سطحی تہوں کے تنخر کے حاصلات سے طیار ہوا ہے۔
(وائٹ ہوس۔)

تنخر حیضی ریزینہ حقیقت میں غیر مطلوبہ ریزینہ کا ماہواری اسقاط ہی ہے۔ کہفۂ رحم میں

اس سے ایک چھوٹا سا روبہ بن جاتا ہے جس کا مظاہرہ کہفۂ رحم کی ان تراشوں میں بآسانی کیا جا سکتا ہے جو حیض شروع ہونے کے ایک دو گھنٹہ کے اندر اندر لی جاتی ہیں (دیکھو شکل ۸۳ ا و ب)۔ یہ حیضی تھکا بعد میں ایک ٹرپسی خمیر (tryptic ferment) یا تھرامبولائی سن (thrombolysin) کی وجہ سے تحلیل ہو جاتا ہے جو جسمِ رحم کے غدد میں موجود ہوتے ہیں۔

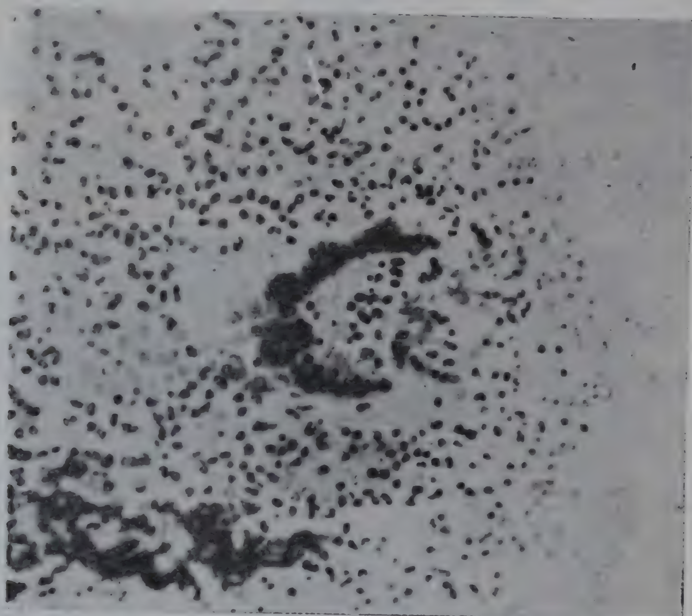
لہٰذا ''سائلِ حیض'' یا حیض کا مواد اس روبہ کے خود پاشیدہ حاصلات پر مشتمل ہوتا ہے
جن کے ساتھ رحمی غدد کا مخاطینی افراز بھی موجود ہوتا ہے (مخاطین = ۳۳ فیصدی)۔ اس میں قدرتاً 108
فائبرین (fibrin) یا فائبری نوجن (fibrinogen) موجود نہیں ہوتی تاوقتیکہ جزوی طور پر خود پاشیدہ علقے (thrombi) موجود نہ ہوں۔ اور یہ اکثر ان کے بغیر ہی ہوتا ہے۔ اس میں کیلشیم کی بہت سی مقدار موجود ہوتی ہے، کیونکہ جسمی غدد کا افراز اسی میں ملجاتا ہے (بلیئر بل :Blair Bell)۔ کثیر الاشکال نواتی خلیات اس مواد میں بکثرت پائے جاتے ہیں، اور آئیوڈین کے شائبات کی شناخت بھی کیجا سکتی ہے۔ اس میں لیکٹک ایسڈ کی بھی معتدبہ مقدار موجود ہوتی ہے۔ اور یہ اسی عقیم حیضی مواد میں بھی پایا جاتا ہے جو مہبلی اجتماع الدم (hæmatocolpos) سے حاصل کیا جائے (دیکھو صفحہ 166)۔

جب خونِ حیض کا امخاض کرنے کے بعد مطروح کا خردبین سے امتحان کیا جاتا ہے تو درونِ رحمی اصل کے سرطلمی فواصل اکثر شناخت کئے جا سکتے ہیں۔ اگر مواد کا نمونہ حیض شروع ہونے کے تیسرے یا چوتھے دن لیا جائے تو اس میں حیضی بافت کا وجود ثابت کرنا زیادہ مشکل ہوتا ہے۔ مگر احتیاط سے تلاش کرنے پر رحمی غدد اور ہیکلی خلیات دونوں کے ''ہیولے'' نظر آتے ہیں (دیکھو شکل ۸۴ ا اور ۸۴ ب)۔

جہاں تک اس میکانیہ کا تعلق ہے جو حیضی روبہ (menstrual coagulum) کی خود پاشیدگی کا موجب ہوتا ہے اس امر کی شہادت موجود ہے کہ درونِ رحمی ہیکل میں تھرمبوکائنیز (thrombokinase) خاص طور پر بکثرت موجود ہوتی ہے (وائٹ ہوس[1])۔ بخلاف اس کے جسمی غدد کے افراز میں ایک ٹرپسنی خمیر (tryptic ferment) یا تھرامبولائی سین (thrombolysin) موجود ہوتی ہے جو علقہ کو توڑ دیتی ہے، اور اس طرح حیضی اسقاط کے

[1] See "Hunterian Lecture," *The Lancet*, March 28 and April 4, 1914.

اخراج میں مدد دیتی ہے۔ یہ خیال بھی ظاہر کیا گیا ہے کہ چونکہ تھرامبولائی سین کی موجودگی میں علقہ نہیں بن سکتا اس لئے دروں رحمی تھکلے کی پیدائش امراضیاتی عمل ہے' اور یہ تندرست طبعی فعل پہ

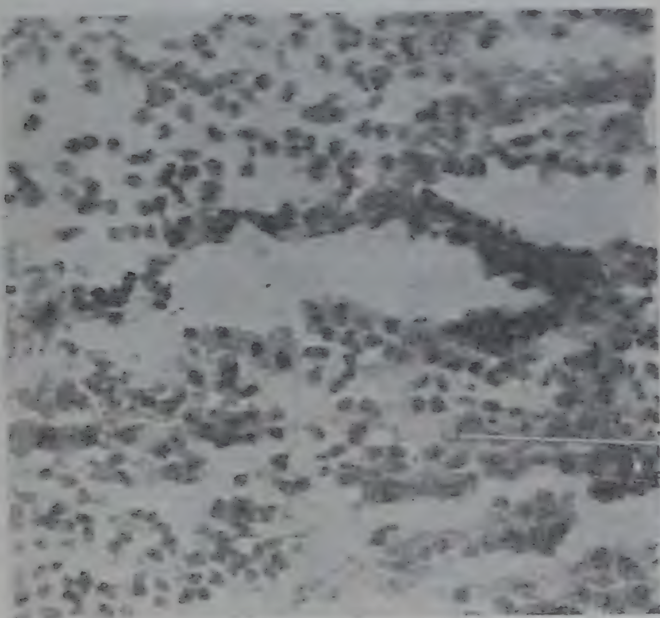


شکل ۴۸ ا۔ مواد حیض کی خرد عکسی تصویر جس میں رحمی غدد کا ''ہیولا'' (ghost) دکھائی دیتا ہے۔ کثیر الاشکال نواتی خلایا (polymorpho-nuclear cells) کی بہت سی در ریزش موجود ہے۔ x۳۰۰ (واٹ ہوس۔)

دلالت نہیں کرتا۔ مگر اس اعتراض میں یہ اہم امر نظر انداز کر دیا گیا ہے کہ اس فعل کے تشریح سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ تھرامبولائی سن کی کوئی مقدار بھی اس وقت تک خارج نہیں ہو سکتی جب تک کہ عضلی ریزیہ 109 کے سطحی تنخر کے نتیجہ کے طور پہ پہلے روبہ نہ ہو جائے۔

اور یہ امر کہ علقہ پاشیدگی (thrombolysis) بالعموم مکمل نہیں ہوتی اُس وقت ظاہر ہوتا ہے جب کہ طبعی حیض کے مواد کا باقاعدہ امتحان کیا جائے۔ موادِ حیض کا احتیاط سے امتحان کرنے پر ۵، فی صدی نمونوں میں خون کے چھوٹے چھوٹے تھکلے موجود ہوتے ہیں' اور اس امر کے متعلق جو اطلاع مریض دیتے ہیں اس کا یقین نہیں کیا جا سکتا' کیونکہ عام عورتیں ان چھوٹے چھوٹے

روبوں کو جن میں عمل تحلیل جاری ہوتا ہے تھکے قرار نہیں دے سکتیں۔
انواع انسان میں پھر حیض کیا چیز ہے؟ اگرچہ زمانۂ ماضی میں بہت سے نظریہ جات پیش کئے گئے تھے مگر موجودہ تحقیقات کی روشنی میں جو تبویض اور جسم اصفر کے تنویر کی گئی ہے بظاہر یہ معلوم ہوتا ہے کہ اس فعل کو ابتداءً کاذب حمل کی حالت کا اختتام تصور کرنا چاہئے، اور اس کا مطلب دوسرے الفاظ میں یہ ہے کہ یہ عدیم الحمل تنخر ریزیہ کے اسقاط کا عمل ہے۔ علاوہ ازیں اس صورت حالات میں غدی فعالیت، اور پیش شبقی زمانہ کے امتلا اور تہیج سے جو ابتدائی مظہر پر مترکب



شکل ۴۴ ب۔ مواد حیض کی خرد عکسی تصویر جس میں انحطاط یافتہ رحمی غدد اور دروں رحمی ہیکل (endometrial stroma) کا ایک ٹکڑا (ا) دکھائی دیتے ہیں۔
(وائٹ ہوس۔)

ہو جاتے ہیں، پیچیدگی پیدا ہو جاتی ہے۔
حیضی اسقاط اور حمل کے ابتدائی مہینوں میں واقع شدہ اسقاط کے درمیان بہت نمایاں مشابہت پائی جاتی ہے، جب ان دونوں اعمال کا مقابلہ کیا جاتا ہے تو ہر ایک میں عنق میں

نرمی) اور اتساع پایا جاتا ہے (شکل ۸۵، ہِنسل مین) اور ہر ایک میں رحمی انقباضات موجود ہوتے ہیں، اور ہر ایک میں تنخر ریزینہ انجام کار خارج ہوجاتا ہے۔

یہ امر اچھی طرح سمجھ لینے سے، کہ عورت میں عملِ حیض ایک مرکب فعل ہے، جو دو علٰحدہ علٰحدہ اور ممیز افعال سے تعلق رکھتا ہے جن میں سے ہر ایک ایک خاص فعلیاتی مقصد کو سر انجام دیتا ہے مگر دوسرے میں مدغم ہوجاتا ہے، یہ مسئلہ آسان ہوجاتا ہے جو بصورتِ دیگر پیچیدہ اور مشکل ہے۔ 110

کینن[1] (Cannon) نے حال ہی میں اس تمام مسئلہ پر بالتفصیل نظرِ ثانی کی ہے۔ اور اُس نے اِس امر سے مطابقت کرتے ہوئے کہ عورت میں حیض تناسلی دور کی پیش شبقی اور کاذب الحمل یا لیوٹینی حالتوں کا "ادغام" ہے، اس خیال کا اظہار کیا ہے کہ پیش شبقی حالت دورِ حیض کے اختتام پر بیسویں دن کے قریب شروع ہوتی ہے، اور جریانِ حیض یا ریزینی اسقاط کے شروع ہوتے ہی ختم ہوجاتی ہے۔ کینن (Cannon) اور زُکرمین (Zuckermann) کا بھی یہ خیال ہے کہ حیض نہ صرف کاذب حمل کے اختتام کو ظاہر کرتا ہے بلکہ پیش شبقی حالت بھی



ج　　　ب　　　ا

شکل ۸۵۔ عنقِ رحم جیسی کہ یہ عملِ حیض کے زمانہ میں دکھائی دیتی ہے۔ ابتدائے "ایام" پر فمِ خارجی (os externum) بند ہوتا ہے۔ (ا) جب تک حیض اچھی طرح سے جاری نہیں ہوجاتا فمِ خارجی کا اتساع بتدریج بڑھتا جاتا ہے، حتیٰ کہ امتحان کرنے والی انگلی کا سرا اس میں داخل ہوسکتا ہے۔ متسع فم (ب) اور (ج) میں دکھایا گیا ہے۔ (ہِنسل مین کے مطابق۔)

---

[1] Journ. of Obstetrics & Gyn. Brit. Emp., 1931. Vol. 38, No. 4, p. 743

اس پر ختم ہو جاتی ہے۔ اس خیال کی تائید فرینک (Frank) کے اس بیان سے ہوتی ہے کہ حیض کے پہلے دن کے بعد ایسٹرین (œstrin) دورانِ خون سے غائب ہو جاتی ہے۔ ان حالات کی بنا پر تناسلی دور کو مندرجہ ذیل طریقہ سے ظاہر کیا جا سکتا ہے:۔

تناسلی دور کے ایام

حالت	واقعہ	ایام	زمانہ
"مثبت" حالت۔ (۱۳ تا ۲۷)	تبویض	۱۳	
	جسم اصفر کا نمو اور حیضی ریزینہ کی بالیدگی۔ (۱۴ تا ۲۶)	۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶	پیش شبقی زمانہ (۱۴ تا ۲۶)؛ کاذب حمل (بعد شبقی زمانہ)۔ (۲۰ تا ۲۸)
	بیضہ کی ہلاکت۔	۲۷	
"منفی" حالت۔ (۲۸ تا ۱۲)	جسم اصفر کا انحطاط اور ریزینہ کا تنخر۔	۲۸	
	حیض۔ (متنخر ریزینہ کا اسقاط۔) (۱ تا ۵)	۱، ۲، ۳، ۴، ۵	
	جراب کی پختگی۔ (۶ تا ۱۲)	۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲	شبقی زمانہ

اس مظہر کی آخری اور فعلیاتی نقطۂ نظر سے صحیح توضیح خواہ کچھ بھی ہو لیکن سرسری مشاہدہ
111 سے یہ معلوم کرنا دلچسپی سے خالی نہیں کہ خواہش مقاربت (شبق) اختتامِ حیض پر سب سے زیادہ محسوس ہوتی ہے۔ اور تناسلی دور کے اس درجہ میں مقاربت کے بارور ثابت ہونے کا سب سے زیادہ امکان ہوتا ہے۔ عملی نقطۂ نظر سے اس امر کو تسلیم کرنا بھی ضروری ہے کہ اگرچہ مثالی حیض طبعی طور پر دو فعلیاتی اسباب کا نتیجہ ہے، مگر یہ ممکن ہو سکتا ہے کہ یہ صرف ایک ہی کا مظہر ہو۔ یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ بندروں میں تبویض کے بغیر حیض جاری ہو سکتا ہے۔ اور عورت میں بھی اس قسم کا رحمی جریانِ خون بعض اوقات یقیناً وقوع پذیر ہوتا ہے۔ آختہ بندروں میں چھ سے لیکر آٹھ دن تک ایسٹرین (œstrin) کا اشراب کرنے اور پھر اس مہیج کو بند کر دینے سے رحمی نزف پیدا کیا جا سکتا ہے (کارنر۔ ایلن۔ ہارٹ مین)۔ ایسا صرف اسی حالت میں ظہور پذیر ہوتا ہے جبکہ نخامیہ کا مقدم لختہ موجود ہو، اور یا زبربالہ برآوردہ حیوانات کی صورت میں ایسٹرین (œstrin) کے ساتھ اس کے مقدم لختہ کے خلاصے بھی شامل ہوں۔ ہارٹ مین (Hartmann) نے حال ہی میں ان امور کی، یا زیادہ صحیح طور پر ان متضاد امور کی توجیہ نزفِ حیض اور اس جریان خون کے درمیان، جو بیضہ کے انفصال کے ابتدائی درجہ میں ریز بینہ میں واقع ہوتا ہے، مشابہت قائم کرنے سے کی ہے۔ چنانچہ وہ عورت کے عملِ حیض کو، امراضیاتی نظریہ تصور کرنے کی بجائے جسے عام طور پر تسلیم کیا جاتا ہے اور جس کی بنا جسم اصفر کے تکسر پر رکھی گئی ہے، ایک فعال فعلیاتی سبب کے ساتھ منسوب کرتا ہے۔ اس لحاظ سے وہ ینگ (Young) کی تائید کرتا ہے جس نے کئی سال پہلے اس امر کی طرف اشارہ کیا تھا کہ "رحم کی غشائے مخاطی میں اور اسی غشا سے نزفِ حیض واقع ہونے کی حالت ان پستانیوں میں پائی جاتی ہے جن میں بارور دور کی متناظر حالت میں اسی خطہ میں مشیمیت کے ساتھ خون کی آزادانہ و عایدری پائی گئی ہو اگر ایسا ہوتا بھی ہے اور حیضی نزف کسی ٹاکسین (toxin) یا ہارمون کا نتیجہ ہوتا ہے جو مبیض اور رحم سے باہر پیدا ہوتا ہے مثلاً بربالہ میں، تو جیسا کہ کینن (Cannon) نے کہا ہے "اس سے ہم کو ان شرائط کو نظر انداز نہ کر دینا چاہیئے جن کی تکمیل اس قسم کی کسی فرضی چیز کے بروئے کار آنے سے قبل ناگزیر ہے"۔

حیض کا توازن (Menstrual Rhythm)۔ فعلِ حیض کے تمام پہلوؤں میں سے وہ میکانیہ جو طبعی صورتِ حالات کے دور کو منظم اور باقاعدہ رکھتا ہے نہایت ہی دلچسپ ہے، اور اس کے متعلق ہمیں بہت ہی کم واقفیت حاصل ہے۔ نظامِ قدرت میں یہ ایک

تعجب خیز امر معلوم ہوتا ہے کہ تناسلی فعل کی فعلیاتی فعالیت عضویات کی اکثریت میں، خواہ وہ اعلیٰ ہوں یا ادنیٰ، ایک دوری ممر اختیار کرتی ہے۔ جہاں تک عورت کے تناسلی دور کا تعلق ہے یہ ایک مسلمہ امر ہے کہ بدن کا عمومی عملِ تحول تناسلی فعل کے ماہواری توازن سے مطابقت کرتا ہے۔ اور اساسی تحول کے دوری اختلافات (ویکمین :Wakemann)، اور جسم کی تپش، اور خون کے کیلسیئم اور آئیوڈین کے مشمول، اور کاربوہائیڈریٹس کے تحول اور امونیا کی قدر سے یہ ثابت بھی ہوتا ہے (بانڈ :Bond)۔ اساسی تحول کی شرح کے متعلق کے۔ رابرٹس (K. Roberts) نے ہمارے شعبہ (بی۔ ڈبلیو) میں تحقیقات کرتے ہوئے حال ہی میں ویکمین کے مشاہدات کی تصدیق کی ہے۔ اور اس نے یہ ثابت کیا ہے کہ دورِ حیض خود بخود چار حالتوں میں تقسیم ہو جاتا ہے جو دروں رحمہ کے نمو کے مختلف مدارج سے قریبی طور پر متناظر ہیں۔ قبل از حیض حالت میں تحول کی شرح بتدریج بڑھتی جاتی ہے، اور یہ حیض کے جاری ہونے سے چار یا پانچ دن قبل اپنی اعظم مقدار کو پہنچ جاتی ہے۔ "ایام" کے شروع ہونے سے دو یا تین دن قبل اس میں معینہ کمی واقع ہو جاتی ہے، اور اس کی مقدار اقل رہ جاتی ہے۔ اس کے بعد منحنی بتدریج اوپر اٹھتا جاتا ہے حتیٰ کہ مقدار مذکورہ طبعی سے بڑھ جاتی ہے، اور یہ حالت فعلِ حیض کی ابتدا پر پائی جاتی ہے۔ دورانِ حیض میں اساسی تحول کی قیمت طبعی سے زیادہ ہوتی ہے، اور مستقل رہتی ہے، اور اس میں ۴ فی صدی سے کم کمی بیشی واقع ہوتی ہے، اور اس طرح "حیضی سطح مرتفع" (menstrual plateau) بن جاتی ہے۔ اختتامِ حیض پر اس میں دفعتہً طبعی مقدار سے ۵ فی صدی کمی واقع ہو جاتی ہے۔ یہ حالتیں اس قدر معین معلوم ہوتی ہیں کہ جیسا کہ رابرٹس (Roberts) نے بیان 112
کیا ہے تحول کی شرح کے منحنی کے مطالعہ سے اُس حقیقی حالت کا اندازہ کر لینا ممکن ہے جس میں رحمی دروں رحمہ پایا جائیگا۔

یہ ایک قدرتی امر ہے کہ فعلیاتی معمل کی تحقیقات سے حیضی توازن کی توجیہ کی کوشش اسکو ایک یا زائد بنیادی میکانیوں کا مظہر قرار دینے سے کی جاتی ہے۔ اس قسم کا میکانیہ خواہ ابتداءً مبیض سے تعلق رکھتا ہو یا نخامیہ سے، دوریت کی توضیح کا مسئلہ جو فطرتِ انسان کے کسی دوری عامل سے تعلق رکھتا ہے اور جو اتنا ہی بعید از فہم ہے جس قدر کہ اصلِ حیات خود ہے، غالباً فلسفہ سے تعلق رکھتا ہے اور فعلیات سے تعلق نہیں رکھتا (نوویک :Novak)۔ عورت میں دورِ حیض کے توازن کے سلسلہ میں نخامی اور مبیضی ہارمونوں کو خواہ کوئی بھی درجہ حاصل ہو یہ امر قرین قیاس معلوم ہوتا ہے کہ

یہ تمام میکانیہ غالباً ایک مرکز کی وساطت سے جو زیر عرشہ (hypothalamus) میں واقع ہے عصبی نظام کے ضابط اثر کے ماتحت ہے۔ اس قسم کے نظریہ کی تصدیق حیوانات میں تجربتہً معکوس فعل پیدا کرنے پر بعض فعل کے شروع ہو جانے، اور انسانی موضوع میں اسی قسم کی فعالیت کے نفسی تاثرات سے نتیجتہً ظہور پذیر ہو جانے سے ہوتی ہے۔ یہ تمام موضوع انتہائی درجہ کا پیچیدہ ہے، اور جب تک مشارکی عصبی نظام اور اندرونی افرازی غدد کا درمیانی تعلق بخوبی واضح نہیں ہو جاتا تاہم تولیدی فعل کے مبادیات کو اور خاص کر ان اسباب کو جن پر ایسے توازن کا انحصار ہے اچھی طرح سے سمجھ نہیں سکتے۔

حیض کے سریری خواص۔ حیض کی ابتدا لڑکی کے صنفی بلوغ کو پہنچنے کی عام طور پر پہلی علامت ہوتی ہے۔ برطانیہ عظمیٰ میں یہ تقریباً چودہ سال کی عمر میں شروع ہو جاتا ہے، لیکن توارث، تغذیہ، ماحول، اور پیشہ کے لحاظ سے اس میں کچھ کمی بیشی واقع ہو جاتی ہے۔ بڑے بڑے شہروں میں آبادی کی گنجانی اور جدید طرز زندگی کے مطابق ہر یک صنف کے افراد کے اختلاط سے اعلیٰ عصبی مراکز میں جلد ہیجان پہنچتا ہے، اور اس طرح یہ صورتِ حالات متبادر صنفی نمو کا بالواسطہ باعث ہوتی ہے۔

ایسا معلوم ہوتا ہے کہ آب و ہوا کا بھی اُس عمر پر کسی قدر اثر پڑتا ہے جس عمر میں حیض شروع ہوتا ہے جیسا کہ ہندوستان، آسٹریلیا، اور جاوا کی عورتوں میں یہ جلد آنے لگتا ہے۔ منطقہ حارہ کے باشندوں کے متعلق عام طور پر یہ کہا جا سکتا ہے کہ یہ صنفی بلوغ کو قاعدۃً جلد پہنچ جاتے ہیں، اور ان میں پہلا استقرار حمل بارہ سال کی عمر میں اکثر دیکھنے میں آتا ہے مگر آب و ہوا کی نسبت نسل کا اثر زیادہ اہم ہے، مثلاً ایلاسکا کی اسکیمو عورتوں میں تیرہ سال کی عمر میں حیض شروع ہو جاتا ہے، اور یورپ میں سرویا کے، اور افریقہ میں سیرالیون کے باشندوں میں یہ آٹھویں اور دسویں سال کے درمیان شروع ہوتا ہے۔ شمالی لینڈ کی حبشی عورتوں میں اس کی ابتدا سولہ سال کی عمر پر ہوتی ہے۔ اور امریکہ کے ان اصلی باشندوں میں جو منطقہ تقلبہ شمالی میں رہتے ہیں یہ ساڑھے بارہ برس کی عمر میں شروع ہوتا ہے۔ اینگل مین (Englemann) نے ریاستہائے متحدہ امریکہ اور کینیڈا کی سفید فام عورتوں میں سنِ ابتدائے حیض کی تحقیق کی ہے، اور اس نے ۲۰،۰۰۰ عورتوں سے معلومات حاصل کرنے کے بعد اوسط سنِ مذکور چودہ مقرر کیا ہے۔

اس مؤلف نے آب و ہوا کے مختلف اقسام کے زیر اثر جو خلیج ہڈسن اور خلیج میکسیکو کے

درمیانی علاقہ میں پائے جاتے ہیں سن ابتدائے حیض میں بہت کم اختلاف پایا ہے۔

اگرچہ یورپی نسلوں میں ابتدائے حیض کی اوسط عمر چودہ سال خیال کی جاسکتی ہے، لیکن یہ ضروری ہے کہ طبعی بلوغ کے حدود کافی وسیع یعنی بارہ سال سے سولہ سال تک مقرر کئے جائیں۔ پانچ سے آٹھ سال تک کی عمر میں تبادر حیض کے جاری ہونے کی بہت سی مثالیں قلمبند کی جاچکی ہیں، لیکن ان میں سے چند ہی عمل حیض کی صحیح مثالیں تسلیم کی جاسکتی ہیں، کیونکہ امراضیاتی حالتوں کو مستثنیٰ کرنے کی کماحقہ احتیاط نہیں کی گئی۔ مگر اس امر میں کچھ شک نہیں کہ تبادر حیض کے حقیقی مریض بھی بعض اوقات دیکھنے میں آتے ہیں، کیونکہ نیک (Nacke) نے حال ہی میں ایک مریضہ کے حالات قلمبند کئے ہیں جس کو ساڑھے تین سال کی عمر میں چار چار ہفتہ کے وقفہ پر حیض باقاعدہ آنا شروع ہوگیا تھا۔ اور پانچ سال کی عمر میں بلوغ کے جملہ امارات مکمل طور پر نمو یافتہ تھے۔

حیض کا ہر ایک دَور اوسطاً چار سے پانچ دن تک جاری رہتا ہے۔ لیکن مدت اور مقدار نزف کے لحاظ سے کئی ایک انفرادی اختلافات دیکھنے میں آتے ہیں۔ دو دن سے کم اور سات دن سے زیادہ مدت غیر طبعی تصور کی جاسکتی ہے۔ مقدار نزف کا کوئی معیار قائم نہیں کیا جاسکتا، لیکن عملی مقاصد کے لئے کسی فردِ معینہ میں خونِ حیض کا اس کی معمولی ماہواری مقدار سے کم یا زیادہ آنا خون کی ضائع شدہ حقیقی مقدار سے زیادہ اہمیت رکھتا ہے۔ اور یہ بھی ممکن ہے کہ جو مقدار ایک عورت کے لئے طبعی ہو وہ کسی دوسری کیلئے مفرط ہو۔ خونِ حیض میں چھوٹے چھوٹے تھکے بالعموم موجود ہوتے ہیں لیکن بڑے بڑے تھکے اس میں محض اس وقت بنتے ہیں جبکہ جریانِ خون بہت کثرت سے ہو رہا ہو۔

ابتدا میں نزف بالعموم قلیل ہوتا ہے، اور دوسرے یا تیسرے دن اپنی انتہائی مقدار کو پہنچ جاتا ہے۔ پہلے پہل مواد کی رنگت گلابی ہوتی ہے، اور یہ خاصکر لزج ہوتا ہے، اور اس میں مخاط کی بہت بڑی مقدار موجود ہوتی ہے جو عنقی غدد سے آتی ہے، اور اس میں خون بہت کم مقدار میں ہوتا ہے۔ بعد ازاں یہ شوخ سرخ ہو جاتا ہے، اور حیض کے اختتام پر اس میں دوبارہ بھوری سی جھلک پیدا ہو جاتی ہے۔ اکثر اوقات ایسا ہوتا ہے کہ جریانِ حیض چوبیس گھنٹہ یا اس سے زائد عرصہ کے لئے موقوف ہو جاتا ہے، اور پھر جاری ہو کر اپنا طبعی ممر اختیار کر لیتا ہے۔

دورِ حیض کی اوسط مدت تقریباً اٹھائیس دن ہے، لیکن اس میں بھی اختلاف پایا جاتا ہے۔ بہت سی تندرست عورتوں میں یہ مدت صرف اکیس دن ہوتی ہے، اور بعض میں پانچ ہفتہ تک دیکھنے میں آتی ہے لہٰذا حیض کے طبعی توازن کے حدود تین سے پانچ ہفتہ تک مقرر کئے جاسکتے ہیں۔

کسی فرد معینہ کے طبعی توازنِ حیض کا تغیر زیادہ اہم امر ہے۔ حیض کے آغاز سے لیکر اس کے توازن کے منظم ہونے تک اکثر ایک یا دو سال کا عرصہ درکار ہوتا ہے۔ اور اس دوران میں وقفے عموماً زیادہ طویل ہوتے ہیں۔ مگر بعض اوقات ابتدا میں حیض جلد جلد آتا ہے، اور نزف بکثرت ہوتا ہے، اور ساتھ ہی درد بھی ہوتا ہے۔

چند قابلِ شناخت تغیرات خود رحم میں واقع ہوتے ہیں۔ حیض شروع ہونے سے عین پہلے رحم بالعموم دباؤ پر حساس ہوتا ہے، اور یہ غالباً قبل از حیض امتلا کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اکثر اوقات بیض اور فلوپی نلیاں بھی نامناسب طور پر حساس ہوتی ہیں۔ جریانِ حیض کے دوران میں عنقِ رحم حمل کے ابتدائی زمانہ کی طرح واضح طور پر نرم ہوتی ہے، اور اس کی قنال بھی کسی قدر متسع ہوجاتی ہے، جسم رحم بھی نرم ہوتا ہے، چنانچہ رحم کی مقامی کیفیتیں اس اسقاط کے مشابہ معلوم ہوتی ہیں جو ابتدائے حمل ہی میں واقع ہوگیا ہو (شکل ۸۵ متن میں)۔ اس مشابہت کی وجہ سے بے قاعدگیِ حیض کی تشخیص میں جبکہ یہ ایک غیر طبعی طویل عرصہ کے بعد شروع ہوا ہو دقت پیش آتی ہے۔ اس حالت میں صرف واضح مضغئی ساختوں کے اخراج ہی سے اسقاط کی تشخیص کی توثیق کی جاسکتی ہے۔

اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ دورانِ حیض میں انقباضاتِ رحم سے عنق گاہے گاہے متسع ہوجاتی ہے، جس سے حاصلاتِ حیض کے خارج ہونے، اور عنق سے اسی وقت بآسانی گذر جانے کے دو مقصد پورے ہوجاتے ہیں۔ یہ انقباضات دیوارِ رحم کے عروقِ خون کے قطر یہ میں کمی واقع کرنے کے باعث انسدادِ جریانِ خون کو بھی غالباً مدد پہنچاتے ہیں۔ انجام کار رحم ایک دفعہ اور محکم اور سخت ہوجاتا ہے۔

حیض کی علامت صرف نزفِ رحم ہی نہیں، بلکہ ہر ایام کے شروع ہونے سے کئی روز پیشتر چند علاماتِ منذرہ موجود ہوتے ہیں، مثلاً حوض میں گرانی یا درد کا احساس، کمر کا درد، درد سر، پستانوں میں درد کا احساس، اور کم و بیش عمومی کسل۔ بعض عورتوں میں تنک مزاجی اور دماغی قوا کی پستی پائی جاتی ہے۔ اور بعض میں حالتِ قبل از حیض میں ہمیشہ جلدی ثورانات پیدا ہوجاتے ہیں جو بہت جلد غائب ہوجاتے ہیں۔ مریضہ علامات کے اس سلسلہ کو جن کے لئے ''مجہوداتِ حیض'' (menstrual
114 molimina) کی اصطلاح مستعمل ہے ماہواری ایام کا پیشرو سمجھتی ہے۔ بعض عورتوں میں کوئی علاماتِ منذرہ نہیں ہوتے، اور ایام کے شروع ہونے سے پیشتر ان کو ان کے متعلق کسی قسم کی کوئی خبر نہیں ہوتی۔ ایام کے پہلے دو یا تین دنوں میں علاماتِ مذکورہ کے علاوہ مثانہ اکثر خراش پذیر ہوجاتا ہے،

اور بعض اوقات پیشاب بھی درد سے آتا ہے۔

بہت سے مشاہدات سے یہ ثابت ہو چکا ہے کہ حالتِ قبل از حیض میں نبض کی رفتار قدرے تیز ہو جاتی ہے، اور تپش اور خون کے دباؤ میں کسی قدر اضافہ ہو جاتا ہے، اور یوریا (urea) کا اخراج طبعی مقدار سے ذرا زیادہ ہو جاتا ہے۔ دورانِ حیض میں اِن میں سے ہر ایک کی طبعی مقدار میں کمی واقع ہو جاتی ہے، اور اسکے اختتام پر ان سب کی حالت پھر طبعی ہو جاتی ہے۔ یہ تغیرات عرق حرکی اور تحولی اختلالات پر دلالت کرتے ہیں جو اس عمل کے ساتھ پائے جاتے ہیں (دیکھو صفحہ 111)۔

حیض کے سریری علامات کی شدت تندرست عورتوں میں بھی بہت اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ عورتوں کی ایک بہت ہی قلیل تعداد میں ایام حیض کا خاتمہ بغیر کسی تکلیف کے ہوتا ہے۔ بہت سی عورتیں ایام حیض کے دوران میں ایک یا دو دن تک نیم معذوری کی حالت میں رہتی ہیں یا کم از کم ان کی طبیعت کسلمند رہتی ہے۔

علاماتِ منذرہ حوضی امتلا کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں، اور یہ صاف ظاہر ہے کہ جب خاص کر التہابی قسم کی مرضی کیفیتیں موجود ہوں تو ہر ماہواری ایام سے پیشتر ان کے علامات کے زیادہ شدید ہو جانے کا احتمال ہوگا۔

حیض کا صحی اہتمام۔ حیض اگرچہ ایک طبیعی عمل ہے لیکن اپنے حدود سے بہت جلد متجاوز ہو کر یہ غیر طبعی ہو جاتا ہے۔ اس فعل کا بر وقت اور باقاعدہ وقوع بلاشبہ عمدہ جسمانی صحت پر دلالت کرتا ہے۔ جب یہ عمل طبعی حالت میں سرانجام نہیں پاتا، اور اس میں کوئی نمایاں اختلال واقع ہو جاتا ہے تو اس کے ساتھ عمومی خرابی صحت کے دوسرے علامات بھی پائے جاتے ہیں۔ چونکہ عورت کی عمر کے ساڑھے پانچ سال، علاوہ استقرار حمل کے، حالتِ حیض میں گذرتے ہیں (ہارو ڈکینلی) اس لئے اِس فعل کی طبعی سرانجام دہی عورت کی ذاتی راحت وتسکین، اور اس کے قوم کا ایک فرد ہونے کی حیثیت سے عظیم الاہمیت ہے۔ تاوقتیکہ عملِ حیض باقاعدہ طور پر منظم نہ ہو جائے اور اس کا توازن معین نہ ہو جائے سنِ بلوغ پر اس کے لئے احتیاط درکار ہے۔ ان صورتِ حالات کے تحت ماہواری ایام میں مدرسہ یا کارخانہ میں زیادہ محنت سے کام کرنے، جسمانی تکان، اور سردی لگنے اور بھیگنے سے خاص طور پر احتراز کرنا چاہیئے۔ ایامِ حیض میں سردی لگنے سے بعض اوقات نزف دفعتہً محبوس ہو جاتا ہے، اور اسکے بعد غالباً مقامی امتلا کے رفع نہ ہونے کی وجہ سے شدید حوضی درد شروع ہو جاتا ہے۔ جن عورتوں کو دائمی قبض کی شکایت ہو ان کے لئے ایامِ حیض سے قبل خفیف سے ملین کا روزانہ استعمال موزوں ہے۔

اگرچہ یہ ظاہر ہے کہ دورانِ حیض میں زیادہ تکان سے بچنا چاہیئے مگر جن عورتوں کا تغذیہ طبعی ہو اُن میں کوئی ایسی چیز معلوم نہیں ہوتی جس کے لئے ماہواری ایام میں ان کو آرام کرنا ضروری یا مناسب ہو (Jacobi: جیکوبی)۔ حد اعتدال تک ورزش کرنے سے مقامی امتلا جس کی وجہ سے گرانیٔ حوض اکثر محسوس ہوتی ہے کسی قدر رفع ہو جاتا ہے۔

ایامِ حیض میں روزانہ غسل ہرگز بند نہ کرنا چاہیئے، گو یہ ایک عام خیال ہے کہ یہ مضر ثابت ہوتا ہے مگر یہ بالکل غلط ہے۔ اسی طرح یہ بھی بالخصوص مفلس طبقات میں عام طور پر یہ خیال کیا جاتا ہے کہ ایامِ حیض میں زیر جامہ کو زیادہ مرتبہ بدلنے سے صحت پر مضر اثر ہوتا ہے۔ اس امر کے وضاحت سے
115 بیان کرنے کی زیادہ ضرورت نہیں کہ جسم اور کپڑوں کی صفائی جو ہمیشہ ایک ضروری چیز تصور کی جاتی ہے، ان ایام میں بھی عظیم الاہمیت ہے۔ عملِ حیض کے آغاز سے لیکر اس کے اختتام تک خونِ حیض کے لئے ضرور کوئی انتظام کرنا چاہیئے۔ ایسا عام طور پر "لتہ" یا "گدی" (sanitary pad) کے ذریعہ سے کیا جاتا ہے۔ اس قسم کی گدی کے کارگر ثابت ہونے کے لئے یہ ضروری ہے کہ وہ جاذب ہو اور خراش آور نہ ہو، اور ساتھ ہی اس میں دفع عفونت اور ارزانی قیمت کے اوصاف بھی موجود ہوں۔ بازار میں ان کی بہت سی قسمیں دستیاب ہوتی ہیں، جن میں نرم ترکی تولیہ (Turkish towelling) کے ایک سادہ مربع ٹکڑے سے لیکر مشہور و معروف دواساز کمپنیوں کی زیادہ مکمل ساخت کی مرکب مخصوص مصنوعات شامل ہیں۔ موخر الذکر کا اساس یا تو جاذب روئی ہوتی ہے، یا جاپان کا چاول کا کاغذ، اور یہ کسی ایسے دافع عفونت کا حامل ہوتا ہے جو خراش آور نہیں ہوتا۔ خواہ کسی قسم کا لتہ بھی استعمال کیا جائے اسے زیادہ مرتبہ تبدیل کرنا چاہیئے، اور مستعملہ لتوں کو جلا دینا چاہیئے۔ ان لتوں یا تولیوں کے محافظ اثر کو زیادہ کرنے کے لئے ان پر کوئی مانع آب غلاف (مثلاً ربڑ کا غلاف) چڑھا ہوتا ہے۔ مگر بہ حیثیت مجموعی ان کے استعمال کی سفارش نہیں کی جا سکتی، کیونکہ ربڑ تبخیر کو روک دیتی ہے، اور اس سے جلد میں خراش پیدا ہو جاتی ہے۔

بلوغ۔ جب حیض پہلی دفعہ شروع ہوتا ہے تو اس زمانہ میں بعض عمومی فعلیاتی تغیرات بھی عام طور پر نمودار ہوتے ہیں جن کے مجموعہ پر "بلوغ" مشتمل ہے۔ یہ تغیرات صرف داخلی اور خارجی اعضائے تناسل اور پستانی غدد ہی میں رونما نہیں ہوتے بلکہ حوض کی ہڈیوں اور جسم کی عمومی شکل میں بھی واقع ہوتے ہیں جو بالغ عورت کے جسم کی طرح سڈول ہو جاتا ہے۔ مزید برآں نفسی تغیرات بھی نمودار ہو جاتے ہیں، اور یہی وہ سب تغیرات ہیں جن پر زنانہ امتیازی خصوصیات مشتمل ہوتی ہیں۔

اور عورت کو لڑکی سے متمیز کرتی ہیں۔ سن بلوغ پر پختہ بیضے پہلی مرتبہ پیدا ہوتے ہیں، اور لیوٹینی بافت بیض میں پہلی دفعہ ظاہر ہوتی ہے۔ یہ بیان کیا گیا ہے کہ حیض کی ابتدا آغاز سن بلوغ کو ظاہر کرتی ہے۔ یہ امر مشکل ہی سے صحیح قرار دیا جا سکتا ہے، کیونکہ عمل حیض کی ابتدا اگرچہ اس امر پر دلالت کرتی ہے کہ اعضائے تناسل نہ صرف نموہی کے نقطۂ نظر سے بلکہ وظیفی نقطۂ نظر سے بھی بلوغ کو پہنچ گئے ہیں، مگر ابتدائے حیض سے پہلے استقرارِ حمل کے واقعات بھی نامعلوم نہیں۔ اگرچہ سفید فام قوموں میں بلوغ کا سن تقریباً چودہ سال بیان کیا جاتا ہے، مگر یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ بلوغ کے مختلف امارات بتدریج پیدا ہوتے ہیں، اور بعض حالتوں میں نام نہاد "ثانوی صنفی صفات" (secondary sex characters) حیض شروع ہونے سے پہلے ہی بخوبی نمو یافتہ ہوتے ہیں۔ سن بلوغ سے قبل بیضین کو دور کر دینے سے رحم اور پستانی غدد کا نمو رک جاتا ہے، مگر یہ امر مشتبہ ہے کہ آیا حیضی تغیرات کو اُن معلومات کی روشنی میں جو نخامیہ، درقیہ اور دیگر دروں افرازی غدد کے افعال کے متعلق حاصل ہو چکی ہیں، بلوغ کا واحد متحرک سبب بھی قرار دیا جا سکتا ہے۔ اغلب یہ ہے کہ بلوغ کا انحصار بیضین کی صحت اور فعالیت پر، اور ان کے اُن لازمی روابط کے ساتھ جو "نسوانی صنفی مخلوط" (female sex complex) کا ایک جزو ہیں (بلیر بل :Blair Bell) ہم آہنگ رہنے پر ہے۔ لڑکیوں میں سن بلوغ سے بہت پہلے ایسے جسمانی اور نفسانی خصائص موجود ہوتے ہیں جو لڑکوں سے بالکل مختلف ہوتے ہیں۔ اِن میں بیضین مکمل طور پر نمو یافتہ نہیں ہوتے، اور یہ غیر فعال ہوتے ہیں۔ اس لئے صنفی صفات کے ظہور کو ان کے اثر سے منسوب نہیں کیا جا سکتا۔ مزید برآں کاذب خناث (pseudo-hermaphrodites) خصیتین کی موجودگی کے باوجود بعض اوقات شکل و شباہت اور نفسی خصوصیات کے لحاظ سے خوبصورت عورتوں کی طرح دکھائی دیتے ہیں۔

سن بلوغ پر فعلِ حیض میں بالعموم بے قاعدگیاں بھی پائی جاتی ہیں، اور یہ بالعموم مفرط رحمی نزف کی شکل میں دیکھنے میں آتی ہیں۔ نوجوان لڑکیوں میں اُن طویل المدت نزفات کا سبب جو بعض اوقات خطرناک ثابت ہوتے ہیں یہ ہے کہ ہارمونی صنفی مہیج اور دروں رحمہ کے درمیان ہم آہنگی موجود نہیں ہوتی۔ قبل الذکر رحم کے نمو کی تکمیل سے قبل ہی عمل پیرا ہو جاتا ہے۔ لہٰذا بلوغ کو غیر قائم توازن کی ایک حالت تصور کرنا چاہیئے جس میں جہاں تک رحم کا تعلق ہے دروں رحمہ (endometrium) اور رحمہ (metrium) کا آجل نمو قلیل الوقوع نہیں ہوتا۔

یہ ایک افسوس ناک امر ہے کہ یہ سن اس زمانہ کا منا ظر ہے جبکہ لڑکی کے عصبی نظام پر تعلیم یا کارخانہ کی ملازمت کی وجہ سے مزید بار پڑتا ہے۔

انقطاع الطمث یا سن یاس (Menopause or Climacteric Period)

عورت کی زندگی کے تولیدی حصہ کی انتہا انقطاع الطمث (menopause) – یا سن یاس (climacteric) یا "تغیر سن" (change of life) کے نام سے موسوم ہے۔ اس زمانہ پر استطاعت تولید ختم ہوجاتی ہے، مگر یہ لازمی طور پر پیری کا پیش خیمہ نہیں۔ اکثر عورتوں میں بلوغ کی تازگی کئی سال تک برقرار رہتی ہے تا وقتیکہ عام صحت خراب نہ ہوجائے، یا ذہنی اختلالات رونما نہ ہوجائیں۔ اختتام تحویض کے بعد بھی عورت کی طبعی صنفی زندگی کئی سالوں تک برقرار رہتی ہے، لیکن اس میں قوت تولید نہیں ہوتی۔

بیالیس سال سے لیکر پچاس سال تک کی عمر کے زمانہ میں حیض بالعموم کسی وقت بھی منقطع ہوجاتا ہے۔ مگر بعض اوقات یہ پچپن سال کی عمر تک، اور کبھی کبھی اس کے بعد تک بھی بند نہیں ہوتا۔ گاہے گاہے یہ چالیس سال کی عمر سے پہلے بھی بند ہوجاتا ہے۔

زندگی کے حقیقی طور پر فعال حصہ میں مبیضین کو بذریعہ عملیہ علٰحدہ کردینے سے "مصنوعی" انقطاع الطمث قدرتی طور پر پیدا ہوجاتا ہے۔ مزید برآں یہ بھی معلوم ہوا ہے کہ بعض اوقات رحم برآری بہ صیانت مبیضین (hysterectomy with conservation of the ovaries) کے بعد انقطاع الطمث کے علامات پیدا ہوجاتے ہیں۔ کبھی کبھی تناسلی اعضا میں عملیتی مداخلت کرنے کے بغیر ہی "قبل ازوقت" انقطاع الطمث پیدا ہوجاتا ہے، اور ایک واقعہ درج کیا گیا ہے جس میں حیض قدرتی طور پر تئیس سال کی عمر میں بند ہوگیا تھا جو گیارہ سال کی عمر میں شروع ہوا تھا۔ بعض حالتوں میں محرک سبب کوئی شدید مرض یا دماغی صدمہ یا کوئی ایسا شدید عملیہ ہوتا ہے جس کے لئے یہ ضروری نہیں کہ وہ اعضائے حوض پر ہی کیا گیا ہو۔ بعض حالتوں میں بچہ کو زیادہ یا طویل عرصہ تک دودھ پلانے سے بھی انقطاع الطمث واقع ہوجاتا ہے، اور اکثر ایسا ہوتا ہے کہ جب کبھی انقطاع الطمث کی عمر کے قریب حمل ہوجاتا ہے تو اس کے بعد کی رضاعی بے طمثیت انقطاع الطمث کی مستقل بے طمثیت کے ساتھ بلاواسطہ مل جاتی ہے۔

عمل حیض کا اختتام تین طریقوں میں سے کسی ایک پر ہوسکتا ہے۔ (۱) بعض اوقات یہ دفعتہً آخری طور پر بند ہوجاتا ہے، اور اس سے پہلے کوئی تغیرات مشاہدہ میں نہیں آتے۔

(ب) بیشتر ایسا ہوتا ہے کہ ماہواری ایام بے قاعدہ وقفوں پر آتے ہیں جن کا طول بڑھتا جاتا ہے، اور مقدار نزف میں بتدریج تخفیف ہوتی جاتی ہے، حتیٰ کہ یہ بالکل غائب ہو جاتا ہے۔ (ج) بے قاعدگی کے زمانہ میں کبھی کبھی خون کثرت سے ضائع ہوتا ہے، یا بہت دیر تک خطرناک حالت میں ضائع ہوتا رہتا ہے (امراضیاتی انقطاع الطمث)۔ بے قاعدگی کے زمانہ کا طول مختلف ہوتا ہے اور یہ کئی سال تک رہ سکتا ہے۔ یہ امر اس حالت میں بہت اہم ہوتا ہے جبکہ نزفِ رحم اتنا شدید ہو کہ عورت کا نظام اس کا متحمل نہ ہو سکے۔

عمل حیض کی ان تبدیلیوں کے ساتھ ساتھ بعض عمومی اختلالات اکثر پائے جاتے ہیں۔ ان کو تین گروہوں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے۔ (ا) عرق حرکی۔ (ب) تحولی۔ (ج) نفسی۔

ممیز ترین عرق حرکی علامت "تورّد" (flushing) یا "احساسات حرارت" (heats) کے حملوں پر مشتمل ہوتی ہے مریضہ کو ایسا محسوس ہوتا ہے کہ اس کے تمام جسم پر سے حرارت کی لہریں گذر رہی ہیں، اور اس احساس کے ساتھ اکثر اوقات منہ، گردن، اور جسم کے دوسرے حصوں کا مرئی امتلا موجود ہوتا ہے، جس کے بعد پسینا آتا ہے جو شدید حالتوں میں مفرط ہوتا ہے۔ ہر "تورّد" (flushing) بہت سریع الزوال ہوتا ہے، مگر بعض اوقات پندرہ سے تیس منٹ تک رہتا ہے۔ یا بخلاف اس کے تقریباً دائمی بھی ہوتا ہے۔ ایک دن میں کئی تورّدات نمودار ہو جاتے ہیں، اور بعض اوقات انکی تعداد بہت کم ہوتی ہے۔

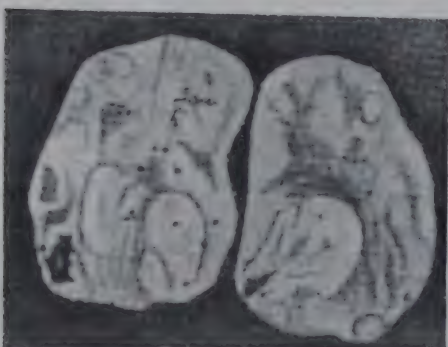
درد سر، وجع العصب (neuralgia)، جوارح میں جھنکار یا سُن پن کا احساس اور 117
حلق کی حسی عصبانیتیں (sensory neuroses) بھی عام طور پر پائی جاتی ہیں۔

حال ہی میں ہم (بی۔ ڈبلیو[1]) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ بہت سے مریضوں میں، اور یہ زیادہ صحیح ہوگا کہ مریضوں کی اکثریت میں، انقطاع الطمث کے تورّدات (flushings) اور دیگر موضوعی علامات کی شدت کا ایک خاص توازن شناخت کیا جا سکتا ہے۔ اساسی تحول کے منحنی کے مشاہدات سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ یہ ان تاریخوں کے متناظر ہوتے ہیں جو طبعاً ایام حیض کی تاریخیں ہوتی ہیں۔ یہ توازن اس حالت میں اتنا واضح نہیں ہوتا جب کہ ایام حیض میں پہلے ہی سے

[1] *Canadian Med. Assoc. Journal*, xxix., 585-592, 1933.

بے قاعدگی پیدا ہوگئی ہو۔ یہ امر بھی مسلمہ قرار دیا جا چکا ہے کہ جب انقطاع الطمث کے دوران میں رحم یا کسی دیگر عضو سے نزف واقع ہوتا ہے تو یہ ہمیشہ موضوعی علامات میں تخفیف کر دیتا ہے بشرطیکہ یہ کافی شدید ہو۔ یہی وجہ ہے کہ جس عورت میں انقطاع الطمث کے دوران میں متاخر تبویض سے گاہے گاہے نزف رحم واقع ہوجاتا ہو، اسکو اس عورت کے مقابلہ میں جس کو ایک معینہ عمر پر حیض آنا بند ہوگیا ہو "تورد" سے کم تکلیف ہوتی ہے۔

جن حالتوں میں "تورد" بہت واضح ہوتا ہے ان میں نسوانی صنفی ہارمون پیشاب میں موجود ہوتا ہے، اور اس سے بظاہر یہ نتیجہ اخذ کیا جا سکتا ہے کہ عرق حرکی علامات زیادہ حد تک بیضی ہارمون کے غائب ہوجانے سے پیدا نہیں ہوتے، بلکہ یہ بافتوں میں ان کے مفرط ارتکاز سے پیدا ہوتے ہیں جو بیضین، نخامیہ اور دروں رحمیہ کے طبعی باہمی تعلق کے قائم نہ رہنے سے پیدا ہوتا ہے۔ شکل ۸۶ میں قدرتی جسامت کا ایک بیض دکھایا گیا ہے جو ایک ایسی مریضہ سے علیحدہ کیا گیا تھا جسے انقطاع الطمث کے نمایاں عرق حرکی اور عصبی علامات کی شکایت تھی جو رحم برآری بہ صیانت اصلی بیضین (hysterectomy with original conservation of the ovaries) کے عملیہ کے بعد نمودار ہوئے تھے۔ حال ہی کے مکمل النمو جسم اصفر، بے انتقاب جسم اصفر اور کثیر التعداد گرافی جرابوں کو غور سے دیکھا جائے[1]۔ انقطاع الطمث کا وردسر اور اس کے توردات بیضین کو نکال دینے کے بعد رفع ہوگئے، جس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ اس مثال میں علامات بیضی ہارمون کے غائب ہوجانے سے پیدا نہیں ہوئے تھے بلکہ رحم اور دروں افرازی اعضا (اگر ان کو مجموعی حیثیت سے لیا جائے) کے



شکل ۸۶۔ یہ بیض (قدرتی جسامت) ایک ایسے مریض سے علیحدہ کیا گیا ہے جس میں انقطاع الطمث (menopause) کے کئی ایک علامات موجود تھے جو رحم برآری بہ صیانت بیضین کے بعد پیدا ہوگئے تھے۔ گرافی جرابوں کی موجودگی اور حال ہی کے جسم اصفر کو غور سے دیکھا جائے۔ بیضین کو نکال دینے پر علامات رفع ہوگئے۔ (وائٹ ہوس سے)

[1] Proc. Second International Congress for Sex Research, 1930.

باہمی توازن میں خلل آنے سے پیدا ہوئے تھے۔

جراحی عملیہ سے مبیضین یا رحم یا دونوں کو علٰحدہ کر دینے کے بعد جو "مصنوعی" انقطاع الطمث پیدا ہوتا ہے اس کے سلسلہ میں یہ امر بہت دلچسپ ہے کہ مریضہ جتنا انقطاع الطمث کی طبعی عمر کے قریب پہنچتی جاتی ہے اتنا ہی اس کے علامات کے زیادہ نمایاں ہو جانے کا احتمال بڑھتا جاتا ہے۔

نوویک (Novak) نے کلبرٹسن (Culbertson) کا حوالہ دیتے ہوئے یہ لکھا ہے کہ نوجوان عورتوں پر اختصا کا اثر اکثر حیرت انگیز طور پر خفیف ہوتا ہے، اور یہ مشاہدہ اس ملک (انگلستان) کے محققین (ٹی۔ ولسن، اے۔ ڈونالڈ، ماہیار فلیس) نے بھی بطور خود کیا ہے۔ سرسری مشاہدہ سے فی الحقیقت یہ ظاہر ہوتا ہے کہ عورت میں جتنی زیادہ صنفی پختگی موجود ہوگی، اور پیچیدہ صنفی 118
اور تولیدی میکانیہ جتنی دیر تک بروئے کار رہا ہوگا انقطاع الطمث کے علامات اتنے ہی زیادہ نمایاں ہوں گے جبکہ فعلِ تولید تبویض کے قدرتی طور پر بند ہو جانے یا ہارمونی زنجیر کو مصنوعی طور پر توڑ دینے سے ختم ہوگا۔

شاذ شاذ مثالوں میں انقطاع الطمث کے زمانہ میں عورتوں کو مذکورہ بالا شکایتوں میں سے کسی سے بھی کوئی تکلیف نہیں ہوتی۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ وہ واقعات ہیں جن میں انقطاعِ تبویض صنفی فعل کے فقدان کا بتمامہ مزامن ہوتا ہے، جس کے ساتھ ہی ان تمام عناصر کی فعالیت جو "صنفی مخلوط" (sex complex) سے تعلق رکھتے ہیں، غائب ہو جاتی ہے۔

عظیم ترین تحولی تغیر یہ ہوتا ہے کہ فربہی کی طرف ایک نمایاں رجحان پایا جاتا ہے۔ یہ اکثر مقامی ہوتی ہے، اور دیوارِ شکم میں چربی کی فراہمی اکثر پائی جاتی ہے جس سے اکثر شکمی سلعہ کا شبہ ہوتا ہے۔ کاربوہائیڈریٹ کے تحول میں جو تغیر واقع ہو جاتا ہے جس سے چربی جمع ہو جاتی ہے، اس کے ساتھ نخامیہ کے مقدم لختہ میں بیش پرورش بھی غالباً پائی جاتی ہے جو مبیضی ہارمون کے فقدان کا نتیجہ ہوتی ہے۔ اس امر کی شہادت بھی موجود ہے کہ انقطاع الطمث کے شدید دردِ سر کی حالت میں بھی نخامی غدہ کا ورم اسی طرح موجود ہوتا ہے، اور یہ عظمی کہفہ کی دیواروں سے جس میں یہ محبوس ہوتا ہے مضغوط ہو جاتا ہے (اے۔ پی تھامسن) (دیکھو شکل ۸۰)۔

اساسی تحول پر جو مشاہدات کئے گئے ہیں ان سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ قدرتی اور مصنوعی دونوں قسم کے انقطاع الطمث میں تحول کا قاعدی خط ہمیشہ بلند ہوتا ہے، مگر کچھ عرصہ تک یہ معمولی حیضی اختلافات کو ظاہر کرتا رہتا ہے، باوجودیکہ حیض آنا بند ہو جاتا ہے۔

انقطاع الطمث کے موضوعی علامات کے ساتھ اساسی تحول کی شرح میں کمی واقع ہو جاتی ہے جو اس امرکا مزید ثبوت ہے کہ یہ علامات ان تاریخوں کے تناظر معلوم ہوتے ہیں جو ماہواری ایام کی تاریخیں ہوتی ہیں۔ بعض عورتوں میں بیضی اثر کے فقدان کے ساتھ مردانہ' یا جیسا کہ مارشل (Marshall) نے بیان کیا ہے' "تعدیلی" (neutral) ثانوی صنفی خواص پائے جاتے ہیں۔ ان امارات میں سے واضح ترین امارت یہ ہوتی ہے کہ اوپر کے لب اور ٹھوڑی پر بال پیدا ہونے لگتے ہیں۔ جن عورتوں میں یہ خواص پائے جاتے ہیں' اور جن میں بلاشبہ صنفی ہارمون کی قلت پائی جاتی ہے ان کو انقطاع الطمث کے عرق حرکی اور دوسرے موضوعی علامات سے شاذ و نادر ہی تکلیف ہوتی ہے۔

عام ترین نفسی تغیر ذہنی انخفاض ہے۔ طبعاً خوش مزاج عورتیں بھی ترش رو' سریع البکا' افسردہ خاطر اور تنگ مزاج ہو جاتی ہیں۔ صنفی احساس میں بیحد زیادتی یا انحراف واقع ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات توانائی' قوت حافظہ' قوت متخیلہ' اور جدت طرازی کا فقدان بھی پایا جاتا ہے۔ سن یاس وہ زمانہ ہے جس میں جنون کے پیدا ہونے کا بہت خطرہ ہوتا ہے' اور بعض اوقات عتاہتِ پیری (senile dementia) کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ ان عوارض کا احتمال خانگی مآمن (private asylums) کے اعداد و شمار کی نسبت مآمن عامہ میں زیادہ نمایاں پایا گیا ہے (پرسی سمتھ) جس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ زیادہ آسودہ طبقہ کی عورتوں میں ان کے ظہور پذیر ہونے کا امکان زیادہ ہے۔

یہ خیال حال ہی میں پیش کیا گیا ہے کہ طبعی انقطاع الطمث کے زمانہ میں جو دروں افرازی عدم توازن پیدا ہوتا ہے اس میں رحم کی ماسکی عفونت (focal sepsis) اور اسکے دیگر عضوی ضررات سے اضافہ ہو جاتا ہے' اور اس سے وہ نفسی اختلالات جو عام طور پر موجود ہوتے ہیں زیادہ شدید ہو جاتے ہیں (مورہیڈ :Moorhead' فٹزگبن :FitzGibbon)۔ فٹزگبن نے ایسے دو یا تین واقعات کا ذکر کیا ہے جن میں ایسے نمایاں ذہنی علامات جو عتاہت (dementia) اور مالیخولیا (melancholia) پر دلالت کرتے تھے مرض زدہ رحم کو علیحدہ کرنے سے رفع ہو گئے تھے۔

ایک اور نفسی اختلال جو اکثر اوقات ان عقیم عورتوں میں پایا جاتا ہے جن کا انقطاع الطمث کا زمانہ قریب آ جاتا ہے وہم حمل (pseudocyesis) یا حمل کاذب (spurious pregnancy)

ہے۔ اس حالت میں بے طمنیت کے ساتھ ایک وہمی شکمی سلعہ اور حمل کے بہت سے چھوٹے چھوٹے امارات 119
اور علامات موجود ہوتے ہیں۔ زندگی کے اس زمانے میں چربی کا رجحان دیوار ہائے شکم میں فراہم ہونے
کی طرف ہوتا ہے، اور اس سے ایسا معلوم ہوتا ہے کہ گویا کوئی نامی شکمی سلعہ موجود ہے۔ اس صورت
حالات میں عضلات شکم کی عصبی عضلی استواری اور امعا کے ریحی تمدد کی موجودگی سے اور بھی اضافہ ہوجاتا ہے۔
مریضہ کو خود دھوکا ہوجاتا ہے، اور وہ اکثر اوقات اپنے آپ کو دل سے حاملہ تصور کرتی ہے، اس لئے
اس کو اس کی غلطی کا یقین دلانا بعض اوقات مشکل ہوتا ہے۔ یہ حالت حمل کی قدرتی حالت سے
بعض اوقات اتنی قریبی مشابہت رکھتی ہے کہ اختتام میعاد پر ایک کاذب وضع حمل ہوتا ہے جس میں
شدید درد شکم پایا جاتا ہے۔ غلطیوں سے بچنے کیلئے ایسے مریضوں کا امتحان معدم حس کے
زیر اثر کرنا چاہئے جبکہ حمل کے رحمی تغیرات کی عدم موجودگی کا بغیر کسی وقت کے پتہ چل جاتا ہے۔

تناسلی اعضا کے تشریحی تغیرات۔ سن یاس کے اختتام پر خارجی اور داخلی
اعضائے تناسل میں بعض نمایاں تغیرات واقع ہوتے ہیں، مگر یہ اس کے فوراً بعد نمودار نہیں ہوتے،
اور کئی عورتوں میں صنفی فعالیت کے ظاہری امارات بہت عرصہ تک باقی رہتے ہیں۔ شفرتین کبیر
تحت جلدی چربی کے ضائع ہوجانے کی وجہ سے بتدریج سکڑ جاتے ہیں، اور شفرتین اور عانہ پر کے
بال کم ہوجاتے ہیں، اور بڑھاپے کے نزدیک آنے پر یہ بتدریج غائب ہوجاتے ہیں۔ شفرتین صغیر نسبتاً
زیادہ نمایاں ہوتے ہیں، اور فرج کی جلد عموماً خشک اور کسی قدر مجلّا سی نظر آتی ہے۔ فرج اور مہبل
کا منطبق سر حلمہ مذبول ہوجاتا ہے، اور تاریک سرخ رنگت کے چھوٹے چھوٹے گول قطعے جو یہ ظاہر ہے
کہ سر حلمہ کی گہری تہوں کے معرا ہوجانے سے پیدا ہوتے ہیں اکثر اوقات دیکھنے میں آتے ہیں
(دیکھو صحفہ ۳۵۴ صفحہ 354)۔ عنق کا مہبلی حصہ سکڑ جاتا ہے اور کم نمایاں ہوجاتا ہے، اور بعض وقات
اس حد تک پیچھے ہٹ جاتا ہے کہ فم خارجی کے لب محراب مہبل کی سطح کے برابر ہوجاتے ہیں۔
رحم کا جسم اور فلوپی نلیاں بھی سکڑ جاتی ہیں، اور بوڑھی عورتوں میں دروں رحمہ مذبول ہوجاتا ہے
(دیکھو شکل ۲۱) اور رحمی عضلہ کی جگہ لیفی بافت ایک بڑی حد تک لے لیتی ہے (دیکھو صحفہ ا۔ج)۔
گاہے گاہے حیض کے بند ہوجانے کے کئی ایک سال بعد تک بھی دروں رحمہ کے صفات باقی
رہتے ہیں جو تقریباً طبعی ہوتے ہیں۔ مزید برآں مبیضین سکڑ جاتے ہیں۔ اور ان کے سب
گرافی جراب مکمل طور پر غائب ہوجاتے ہیں۔ لہٰذا تازہ لیوٹینی بافت کی پیدائش بند ہوجاتی ہے
اور مبیض کے تمام ممیز نسیجیاتی عناصر انجام کار مکمل طور پر غائب ہوجاتے ہیں۔ جرابوں کے بتدریج

غائب ہونے کا پتا حیض کے بند ہونے سے بہت پہلے چلایا جا سکتا ہے۔ جو اتصالی بافت حوضی باریطون کے نیچے ہوتی ہے۔ وہ ایک بڑی حد تک غائب ہو جاتی ہے، اور مختلف رباطات طول میں چھوٹے اور بے لچک ہو جاتے ہیں۔ مہبل کے بالائی کشادہ حصہ کی وسعت سکڑنے کی وجہ سے بہت کم ہو جاتی ہے۔ اور بعض اوقات مہبلی دیوار میں گھنی لیفی بافت کے بے قاعدہ یا ہم مرکز بند پیدا ہو جاتے ہیں جن سے قنال میں یا تو ایک بھچاؤ پیدا ہو جاتا ہے، یا محراب مہبل میں جیبیں تیار ہو جاتی ہیں اس طرح بعض اوقات ایک حلقہ نما تضیق (annular stricture) بن جاتا ہے جس کی وجہ سے عنق الرحم کا امتحان براستہ مہبل نہیں کیا جا سکتا۔ اس لیفی حلقہ میں جو تنگ اور گول فتحہ ہوتا ہے وہ غلطی سے بعض اوقات فم خارجی سمجھ لیا جاتا ہے، اور اس طرح تشخیص میں غلطی پیدا ہو جاتی ہے۔

انقطاع الطمث کے زمانہ کے بعد عورتوں کے افراز مہبل میں جراثیم کش خواص موجود نہیں ہوتے اور چونکہ دہنۂ مہبل نامکمل طور پر بند ہوتا ہے اس لئے اس میں اجسام غریبہ بآسانی داخل ہو جاتے ہیں جو اِن سے کم عمر کی عورتوں میں اس آسانی سے داخل نہیں ہو سکتے۔ لہٰذا غشیۂ مخاطی میں سرائت واقع ہونے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے، اور یہ تبدیلی اس حالت کے پیدا ہونے کا سب سے بڑا سبب ہے جو پیرانہ التہاب مہبل (senile vaginitis) کے نام سے بیان کی گئی ہے (دیکھو صفحہ 390)۔ یہی تبدیلیاں بعض اوقات رحم کے اندر تک بھی پہنچ جاتی ہیں جن سے پیرانہ دروں رحمی التہاب (senile endometritis) پیدا ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 417)۔ پستانی غدد بھی ساتھ ہی مذبول ہو جاتے ہیں اور ان کا شحمی غلاف ایک بڑی حد تک غائب ہو جاتا ہے۔

علاج ۔ جو عورتیں زندگی کے اس انقلاب میں سے گذر رہی ہوں ان کی عمومی صحت کا خیال رکھنا بڑا ضروری ہے۔ متعلقہ علامات کے علاج کی کوئی ضرورت نہیں ہوتی تاوقتیکہ وہ غیر معمولی طور پر شدید اور دیرپا نہ ہوں۔ مسکّنات (sedatives)، الکحل، اور دافع درد تجہیزات کے استعمال سے بالخصوص عصبانی مزاج کی عورتوں کو پرہیز کرانا چاہیئے، کیونکہ اس صورت حالات میں جو انقطاع الطمث میں پائی جاتی ہے دواخوری کی عادت (دواخولی) پیدا ہو جاتی ہے۔ بہرکیف برومائیڈ کی قلیل خوراکوں کو ویلیرئین (valerian) یا کسی نباتی مقوی مثلاً سنکونا کے ساتھ ملا کر دینے سے اکثر فائدہ ہو جاتا ہے۔

سن یاس پر مبیضی ہارمون کے استعمال سے عورتوں کا علاج کرنے کے نتائج بد قسمتی سے

ہمیشہ ایک سے نہیں نکلتے۔ مقدم مخاطی اور ورقی خلاصہ جات پر بھی یہی صادق آتا ہے۔ ہمارے مشاہدہ میں کئی ایک ایسی مثالیں آئی ہیں جن میں توردات کو رفع کرنے کے لئے شبقی ہارمون (œstrus hormone) کی کوئی تجارتی تجہیز دی گئی تھی، مگر نتیجہ ہماری توقع کے بالکل برخلاف نکلا۔ اس سے نہ صرف "احساسات حرارت" (heats) ہی زیادہ شدید ہو گئے بلکہ رُعاف (epistaxis) بھی پیدا ہو گیا۔ رُعاف کے واقع ہونے سے آرام ہو گیا۔ حقیقت میں اغلب یہ معلوم ہوتا ہے کہ انقطاع الطمث کے علاج میں جن ادویہ کے شافی ثابت ہونے کا اسقدر دعویٰ کیا جاتا ہے اُن میں سے بہت سے ادویہ کی صلاحیت شبقی رحمی نزف کے واقع ہونے میں مضمر ہے جو ان سے کبھی کبھی پیدا ہو جاتا ہے۔ ان میں جو ایسٹرین (œstrin) ہوتی ہے اس سے بعض اوقات رحمی امتلا اور نزف پیدا ہو جاتا ہے، اور ایسا ہونے کی صورت میں عرق حر کی علامات عارضی طور پر رفع ہو جاتی ہیں۔ بخلاف اس کے ایسا بھی ہو سکتا ہے کہ انقطاع الطمث پر ایسٹرین (œstrin) کا اثر ایڈرینالین (adrenalin) کی طرح ہو۔ ایسی حالت میں توردات زیادہ شدید ہو جاتے ہیں، اور یا دوسری مخاطی سطحوں سے بدیل نزفات (vicarious hæmorrhages) پیدا ہو جاتے ہیں۔ حال ہی میں ہم (بی۔ ڈبلیو) نے انقطاع الطمث کی شکایات کو رفع کرنے کے لئے علاج بالا دویہ کے بالکل خلاف ایک اور طریقہ اختیار کیا ہے۔ یہ ازمنہ وسطیٰ کا فصد کر دینے کا طریقہ ہے۔ یہ ایسے مریضوں میں اختیار کیا جاتا ہے جن میں شدید توردات، اور خاصکر دردِ سر کے لئے موثر علاج کی ضرورت ہو۔ ورید باسلیق (basilic vein) میں سے "ریکارڈ" پچکاری کے ذریعہ سے خون کی تھوڑی سی مقدار مثلاً ۱تا۵ مکعب سمر ہر روز کھینچ لی جاتی ہے تاوقتیکہ علامات رفع نہ ہو جائیں۔ اس سے بعض عورتوں کو معتدبہ فائدہ پہنچتا ہے۔

اگر انقطاع الطمث کے موقع پر اور یا اس کے بعد نزف برقرار رہے یا مواد کا اخراج جاری رہے تو اس سے تمام حالتوں میں مرض خبیثہ کے وجود کا امکان ظاہر ہوتا ہے۔ اور اس کے واقع ہونے کا زیادہ تر احتمال رحم کی عنق یا اس کے جسم میں ہے۔ ایسی تمام حالتوں میں بغیر کسی تاخیر کے اور بہت احتیاط سے مکمل اندرونی امتحان کرنا چاہئے، کیونکہ جراحی مداخلت کی کامیابی کا امکان ابتدائی مدارج ہی میں ہوتا ہے۔ مریضہ پر اس قسم کے امتحان کے لئے رضامند ہونے کی ضرورت کا اظہار بخوبی کر دینا چاہئے، اور اس پر زور بھی دینا چاہئے، کیونکہ ممکن ہے کہ وہ پہلے پہل اس کی اجازت دینے میں رضامندی ظاہر نہ کرے۔ مریضوں کی ایک بڑی اکثریت میں بے قاعدہ

اور طویل المدت نزف کا جو انقطاع الطمث پر واقع ہوتا ہے کوئی نہ کوئی مقامی سبب بھی پایا جاتا ہے لیکن بعض اوقات جیسا کہ پہلے بھی بیان کیا جا چکا ہے ایسا نہیں بھی ہوتا۔ سرطانِ رحم کی تشخیص کے سلسلہ میں اس موضوع پر بحث کی جائے گی (صفحہ 778)۔

پہلے یہ بیان کیا جا چکا ہے کہ اگر کوئی مرکزِ عفونت (خواہ رحم میں یا کسی دوسری جگہ پر) بھی ساتھ ہی موجود ہو تو اس کا تدارک ضروری ہوتا ہے کیونکہ سمی حاصلات کے اثر سے ذہنی یا عصبی ہیجان کے زیادہ شدید ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔

درون افرازی غدد

جو تعلقات درون افرازی اجسام کو بیضین اور تمام تناسلی نظام سے ہیں ان کی تحقیقات چار مختلف سمتوں میں کی گئی ہے۔ چنانچہ یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ دورانِ حمل میں بعض درون افرازی اجسام میں چند خاص تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ نیز بیضین کا استیصال دیگر درون افرازی اجسام میں تغیرات پیدا کر دیتا ہے، اور برعکس اس کے چند درون افرازی اجسام کے جزوی یا مکمل استیصال سے تناسلی نظام میں واضح تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں۔ مزید برآں یہ امر ابھی پایۂ ثبوت کو پہنچ چکا ہے کہ تناسلی نظام کے امراضیاتی تغیرات کے ساتھ ہی درون افرازی اعضا میں بھی مرضی کیفیتیں موجود ہوتی ہیں۔ انجام کار یہ بھی معلوم ہو چکا ہے کہ بیضین کو علیحدہ کر دینے سے جو اثرات پیدا ہوتے ہیں ان میں مبیض کے علاوہ بعض دیگر درون افرازی اجسام کے خلاصہ جات کا استعمال کرانے سے تبدیلی پیدا کی جا سکتی ہے۔ جہاں تک نخامیہ، درقیہ اور سر گردوں کا تعلق ہے ان کے متعلق کافی اطمینان بخش ثبوت بہم پہنچ چکا ہے، مگر تیموسیہ، اور صنوبریہ کے متعلق اس سلسلہ میں فی الحال ہمیں کوئی معلومات حاصل نہیں ہوئیں۔ جب سے اشی ہائیم زندک (Aschheim-Zondek) کا کاشفہ رائج ہوا ہے اور پیشاب میں نخامی یا "نخامی نما" ہارمونوں کا مظاہرہ مختلف صورت حالات کے تحت کیا جا چکا ہے، ہارمونی نظام کے مختلف عناصر کے باہمی تعلق کا مطالعہ زیادہ تفصیل سے کرنا ممکن ہو گیا ہے۔

غدہ نخامیہ (Pituitary Gland) ۔ خرگوشوں میں دورانِ حمل میں نسیجیاتی تغیرات پائے جا چکے ہیں جو افزودہ خلوی فعالیت پر دلالت کرتے ہیں۔ دُہری مبیض برآری

21

میں بیش پرورش (double oöphorectomy) کے بعد زیر بالہ (hypophysis) نمودار ہوجاتی ہے، اور خلیات میں خردبینی تغیرات پیدا ہوجاتے ہیں جن کو بلیئر بیل (Blair Bell) نے افزائش فعل کی دلیل تصور کیا ہے۔ اس کے اس خیال کی تصدیق اس امر سے ہوتی ہے کہ زندک اور ایش ہائیم نے پیشاب میں پرولین اے (Prolan A) کی زیادتی مقدار کا مظاہرہ کیا ہے۔ حیوانات میں نخامیہ کا جزوی استیصال کردینے سے رحم میں ذبول واقع ہوجاتا ہے، اور مبیضین کے جرابات غائب ہوجاتے ہیں۔ اس مظہر کی توجیہ اب باآسانی کیجاسکتی ہے کیونکہ ان اعضا کا باہمی تعلق بخوبی ثابت کیا جاچکا ہے۔ جو کم عمر حیوانات اس عملیہ کے بعد زندہ رہتے ہیں ان میں ایک عارضہ نمودار ہوجاتا ہے جو "شحمی تناسلی سوء تغذیہ" (dystrphia adiposo-genitalis) کے نام سے موسوم ہے، اور جس کے ممیز خواص افسردگی نمو، تناسلی اعضا کا ذبول، اور عمومی فربہی ہیں۔ الواع انسان میں بھی اسی قسم کی ایک حالت پیدا ہوجاتی ہے۔ اور مطالعہ کنندہ کو اس عارضہ اور اسکے متجانس عوارض کا جو نخامی سوء فعل کے ساتھ پائے جاتے ہیں مزید حال معلوم کرنے کے لئے عمومی طب کی کتابوں کے مطالعہ کا مشورہ دیا جاتا ہے۔

غدہ نخامیہ کے قمعی حصّہ کا خلاصہ حامل رحم کے عضلہ پر ایک قوی فعل کرتا ہے۔ یہ فعل غیر مخطط عضلہ کی تمام قسموں پر اثر انداز ہوتا ہے جیسا کہ امعا کی حرکت دودیہ کے بڑھ جانے اور چھوٹے چھوٹے عروقِ خون کے قطریہ کے کم ہوجانے سے ظاہر ہوتا ہے۔

درقیہ (Thyroid)۔ یہ سریریاتی امر کئی ایک سال سے بخوبی معلوم ہے کہ درقیہ میں دورانِ حمل میں اکثر اوقات ایک معتدبہ کلانی پائی جاتی ہے، اور اس سے کم تر کلانی حیضی دور کی قبل از حیض (کاذب حمل کی) حالت میں بھی اس میں موجود ہوتی ہے۔ خرگوشوں میں یہ ثابت کیا جاچکا ہے کہ حالتِ قبل از حیض اور دورانِ حمل میں کولائڈ (colloid) میں زیادتی ہوجاتی ہے، اور مبیض برآری (oöphorectomy) کے بعد اس میں بے حد اضافہ ہوجاتا ہے، مزید برآں گھینگا (goitre) ایک ایسا مرض ہے جس سے مردوں کی نسبت عورتیں زیادہ متاثر ہوتی ہیں، اور ایسے متعدد واقعات کا اندراج کیا جاچکا ہے جن میں گریوز کا مرض (Graves' disease) مبیضین کے استیصال کے بعد بہت جلد ظاہر ہوگیا تھا۔ بخلاف اس کے جب خرگوشوں میں درقیہ کو دور کردیا جاتا ہے تو ان کے رحم میں ویسا ہی ذبول پیدا ہوجاتا ہے جیسا کہ مبیض برآری سے پیدا ہوتا ہے۔ بلیئر بیل (Blair Bell) نے یہ دریافت کیا کہ

بلیوں میں درقیہ برآری (thyroidectomy) سے نخامی جسم کے تمام حصوں کی افرازی فعالیت بڑھ جاتی ہے، اور "لون ترس" (chromophobe) خلیات کی تعداد میں ایک نمایاں اضافہ ہو جاتا ہے۔ بخلاف اس کے مقدم نخامیہ کے استیصال سے درقیہ مذبول ہو جاتا ہے، اور کریو (Crew) اور ویسنر (Wiesner) اس اثر کو درقیہ رُخ جزء (thyreotropic factor) (تھیٹا جزء: θ factor) کے غائب ہو جانے سے منسوب کرتے ہیں۔ لہٰذا یہ اغلب ہے کہ درقیہ کی وہ فعالیت جو بیضین برآری سے پیدا ہوتی ہے وہ نخامیہ کے مقدم لختہ کی وساطت سے عمل میں آتی ہو جو اِن صورت حالات میں بیش پرورده ہوتا ہے۔ جیفکوٹ 122
(Jeffcoate) نے حال ہی میں یہ معلوم کیا ہے کہ نو ایسے مریضوں میں سے، جن میں بیش فعال درقیہ کا زیادہ تر حصہ دور کر دیا گیا تھا، پانچ کے پیشاب میں ایک ہارمون پایا گیا تھا جس کے ممیز خواص پرولین اے (Prolan A) کی طرح کے تھے، اور اس نے یہ خیال پیش کیا ہے کہ اگر تمام غدہ کا استیصال کر دیا جاتا تو شائد تمام مریضوں میں ہارمون کا اخراج واقع ہوتا۔ سریری طور پر اس امر کا مشاہدہ کیا جا چکا ہے کہ فربہی کے مریضوں کا علاج جس کے ساتھ بے طمثیت (amenorrhœa) کی شکایت بھی موجود ہو (زیر نخامیت :hypo-pituitarism) اکثر اوقات خلاصۂ درقیہ یا "تھائیراکسین" (thyroxin) کے استعمال سے کامیابی سے کیا جا سکتا ہے۔

برگردے (Adrenals) ۔ حاملہ حیوانات کے برگردوں میں چند نسیجیاتی تغیرات شناخت کئے جا سکتے ہیں۔ ایک برگردہ کے استیصال سے مبیضین متاثر نہیں ہوتے، بلکہ یہ کہا جاتا ہے کہ اس سے رحم میں کسی قدر ذبول واقع ہو جاتا ہے۔ برگردوں کی مرضی کیفیتیں گاہے گاہے بچوں میں مشاہدہ کی جا چکی ہیں، اور یہ بالعموم نو ساختوں (neoplasms) (فوق کلوی سلعہ :hypernephroma) کی شکل میں ظاہر ہوتی ہیں، اور ان نادر الوقوع مثالوں میں اعضائے تناسل کی غیر طبعی حالتیں بھی پائی جاتی ہیں۔ غیر طبعی برگردہ کی فعالیت کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مردوں میں متبادر صنفی نمو شروع ہو جاتا ہے، اور عورتوں میں مردانہ مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ خیال پیش کیا جا چکا ہے کہ ہر عورت میں مرد کے خواص ایک کم و بیش حد تک ایک مخفی حالت میں موجود ہوتے ہیں، اور بعض صورتِ حالات کے تحت انقلاب صنف واقع ہو سکتا ہے۔ کریو (Crew) نے اس قسم کے انقلاب کی

ایک مینڈک کی مثال بیان کی ہے جس میں ایک مکمل الصنف مادہ مینڈک ایک مکمل الصنف نر مینڈک میں تبدیل ہوگئی تھی۔ اس نر مینڈک نے مادہ مینڈکوں کے ساتھ مجامعت کی اور ۲۷۰ بچے پیدا کئے! (مارشل :Marshall)۔ جو اسباب صنفی ہارمون میں بھی اختلال پیدا کر سکتے ہیں، ان کے متعلق یقینی طور پر کچھ معلوم نہیں، لیکن اغلب یہ معلوم ہوتا ہے کہ اس سلسلہ میں برگردی غدد ایک نمایاں حیثیت رکھتے ہیں۔

123

حصہ اول - باب سوم

امتحان کے طریقے

استفہامی امتحان

نسائیاتی مریضوں کی سریری تحقیقات کے لئے دو طریقے استعمال کئے جاسکتے ہیں، یعنی موضوعی یا استفہامی طریقہ، اور معروضی یا بلا واسطہ امتحان کا طریقہ۔ قاعدۃً دونوں طریقوں کا استعمال کیا جاسکتا ہے، اور کرنا بھی چاہیئے، اور ایسا صرف نہایت شاذ مثالوں ہی میں ہوتا ہے کہ ایک ہی ماخذ سے حاصل شدہ معلومات پر رائے قائم کرنا ضروری ہوتا ہے چنانچہ نوعمر لڑکیوں اور ناکتخدا عورتوں میں حوضی اعضا کی مفصل تحقیقات عمومی معدمِ حس کے استعمال کے بغیر مناسب نہیں۔ اور ایسی صورتِ حالات میں سریری روئداد کا باحتیاط معلوم کرنا نہایت عظیم الاہمیت ہوتا ہے۔ اس قسم کی روئداد کا حاصل کرنا آسان کام نہیں، کیونکہ نسائیاتی عوارض کے مریض اکثر اس قسم کی دقتیں پیدا کردیتے ہیں جو معمولی طبی یا جراحی مریضوں میں پیش نہیں آتیں۔ طب کی کسی شاخ میں اس قدر فہم و فراست اور احتیاط کی ضرورت نہیں پڑتی جتنی کہ نسائیاتی مسائل کی تحقیقات کے لئے ضروری ہوتی ہے۔ یہ ضرور یاد رکھنا چاہیئے کہ لازمی تفاصیل کا مہیا کرنا اکثر عورتوں کو ایک قسم کی مصیبت معلوم ہوتا ہے جو محض اپنی گھبراہٹ کی وجہ سے طبیب کے امتحان میں نادانستہ دقتیں پیدا کردیتی ہیں۔ لہٰذا طبیعی امارات کی تحقیقات کے لئے کوئی کوشش کرنے سے قبل مریضہ کا

اعتماد حاصل کرنے، اور اس کی شکایات کی داستان سننے میں جو وقت صرف ہوتا ہے وہ ضائع نہیں ہوتا، بلکہ جائز طور پر استعمال ہوتا ہے۔

یہ سچ ہے کہ علم امراض النسا میں تشخیص کے صحیح ترین طریقوں سے جن کا انحصار معروضی امتحان پر ہے استفادہ کرنے کی سہولت حاصل ہے، لیکن اس سے مریضہ کی سابقہ روئداد معلوم کرنے کی اہمیت کم نہیں ہوتی۔ مریضوں کے بیشتر عصبی اضطراب کو جس سے معروضی امتحان مشکل ہو جاتا ہے، یا اس کے نتائج مشتبہ رہتے ہیں، طبیب اپنے طرز عمل سے متحمل مزاجی، خود اعتمادی اور ہمدردی کا اظہار کرنے سے رفع کر سکتا ہے۔ ساتھ ہی اس امر کے متعلق بھی بہت احتیاط رکھنا چاہیئے کہ مریضہ کی سریری تفاصیل کو سننے سے واقعات کا صحیح صحیح خیال بھی قائم ہو جائے۔ مغلوب الجذبات عورتیں اپنے علامات کو بیان کرنے میں اکثر مبالغہ آمیزی سے کام لیتی ہیں، اور ایسے مریضوں پر طبیب کے تاثرات اور اشارات کا بہت اثر پڑتا ہے۔ ہدایتی سوالات سے قاعدۃً گریز کرنا چاہیئے، کیونکہ یہ ممکن ہے کہ ان کے جواب میں جو کچھ کہا جائے وہ حقیقت پر مبنی نہ ہو۔ مزید برآں یہ بھی بالعموم ضروری ہوتا ہے کہ مختلف ماؤف اعضا کے افعال کے متعلق بھی چند سوالات کئے جائیں، کیونکہ بہت سی عورتیں شرم یا گھبراہٹ کی وجہ سے اپنی شکایات کی اہم تفاصیل حذف کر دیتی ہیں، یا ان کو بیان کرنا بھول جاتی ہیں۔

جو مریض نسائیاتی عوارض کے لئے مشورہ طلب کرتے ہیں، وہ عام طور پر دو قسم کے ہوتے ہیں۔ پہلی قسم کے مریضوں کے متعلق ایسا معلوم ہوتا ہے کہ ان کو علامات کے بیان کو طول دینے، اور ذرا ذرا سی باتوں کو بڑھا چڑھا کر بیان کرنے، اور طبیب کے صبر کی نہایت سخت آزمائش کرنے میں خاص لطف آتا ہے۔ دوسری قسم کے مریضوں میں عصبی اضطراب پایا جاتا ہے، اور وہ آزردہ اور مغلوب الجذبات ہوتے ہیں، اور ان سے صحیح سریری روئداد کا حاصل کرنا بہت مشکل ہوتا ہے۔ فریب دہی کے امکان کو بھی نظر انداز نہ کرنا چاہیئے۔ بعض حالتوں میں اس کا مقصد سوائے طبیب کی ہمدردی حاصل کرنے اور اس کی توجہ منعطف کرنے کی خواہش کے علاوہ اور کچھ نہیں ہوتا، جیسا کہ بعض عورتوں میں انقطاع الطمث کے زمانہ میں غیر متوازن ذہنی کیفیتوں کی حالت میں دیکھنے میں آتا ہے۔ بعض عورتیں کسی مالی یا کسی دوسری قسم کے فائدہ کی غرض سے قصداً دھوکا دیتی ہیں۔ چونکہ زمانہ حال میں بہت سی عورتیں صنعتی 124

اور حرفتی اداروں میں ملازم ہوتی ہیں اس لئے اس امکان کو نظر انداز نہ کرنا چاہیئے۔

مریضہ کی سابقہ روئداد۔ اس کے متعلق چند امور ایسے ہیں جو نسائی امراض میں خاص اہمیت رکھتے ہیں۔ اگر مریضہ کی کوئی قبالتی روئداد ہو تو سب سے پہلے اسے معلوم کرنا چاہیئے۔ حملوں کی تعداد، ان کی تاریخیں، وضع حمل کی تکالیف اور ان کی نوعیت، اور مابعد زمانہ نقاہت کی مدت اور اس کی کیفیت آن خاص امور میں سے ہیں جن کا خیال رکھنا ضروری ہے۔ آخر الذکر امر کی عملی اہمیت بہت زیادہ ہے، کیونکہ مزمن حوضی التہاب کے اکثر مریضوں میں مرض کی ابتدا وضع حمل یا املاص (miscarriage) کی مابعد سرائت سے ہوتی ہے۔ اور یہ عام طور پر تسلیم کیا جا سکتا ہے، کہ طویل زمانہ نفاس جس میں پیچیدگیاں پیدا ہو گئی ہوں عفونتی سرائت کے پیدا ہو جانے پر دلالت کرتا ہے۔ اسقاط کا مسلسل وقوع قبالتی روئداد کا ایک اہم جزو ہے، کیونکہ حوض کی مقامی مرضی کیفیتیں ایسے مریضوں میں قلیل الوقوع نہیں ہوتیں۔ مزید برآں یہ بات ضرور یاد رکھنا چاہیئے کہ املاص کے بعد بھی عفونتی سرائت تقریباً اتنی ہی کثرت سے واقع ہوتی ہے جتنی کہ وضع حمل کے بعد۔

بعد ازاں فعل حیض کی طرف توجہ کرنا چاہیئے۔ ابتدائے حیض کی عمر، مریضہ کا طبعی دور حیض اور اس کا درجۂ باقاعدگی، حیض کی مدت اور مقدار، اور اس کے متعلقہ علامات معلوم کرنا چاہیئے۔

مریضہ کی اپنی، یا اُس کے موجودہ یا کسی سابقہ خاوند کی سرائتِ سوزاک کی روئداد اسباب عقم سے ایک اہم تعلق رکھتی ہے۔ سوزاک کے عواقب مرد اور عورت دونوں کو عقیم کر سکتے ہیں، قبل الذکر مزمن التہابِ بربخ (chronic epididymitis) سے عقیم ہو جاتا ہے، اور موخر الذکر فلوپی نلیوں کے بند ہو جانے سے۔ مزید برآں عورتوں میں ہر دو حاد اور مزمن التہاباتِ حوض کا عام سبب سوزاک ہوتا ہے، اور بعض اوقات اس سے املاص یا وضع حمل کے بعد نفاسی عفونت پیدا ہو جاتی ہے۔ التہاب زائدہ (appendicitis) کے حاد حملوں سے بھی کبھی کبھی حوضی التہاب شروع ہو جاتا ہے، اور یہ مرض اصلی مرض کا بذریعہ عملیہ علاج کرنے کے بعد بھی بعض اوقات قائم رہتا ہے۔ مزید برآں مریضہ کی معاشرتی زندگی، اور اس کے مختلف اشغال اور اُس کے کام کے متعلق بھی معلومات حاصل کر لینا چاہیئے، کیونکہ بعض اوقات ان اسباب کا اُسکے مرض سے کوئی نہ کوئی اہم تعلق ہوتا ہے۔

موجودہ مرض کی روئداد۔ ابتدائے مرض کی حتی الامکان ایک واضح روئداد حاصل کرنا چاہئے۔ ایسے مزمن مریضوں میں جن میں مرض بہت طویل المدّت ہو کچھ تو ان کی یادداشت میں فرق آجانے، اور کچھ ان کے مشاہدہ کے ناقص ہونے کی وجہ سے یہ کام شاذونادر ہی ممکن العمل ہوتا ہے۔ تازہ یا حاد حالتوں میں ابتدائی علامات کا تعلق سابقہ دورِ حیض یا سابقہ حمل کے ساتھ بلحاظ تواریخ معلوم کرلینا چاہئے۔ بہت سے امراض میں پہلے پہل ایسے علامات نمودار ہوتے ہیں جن کی تشخیصی اہمیت معتدبہ ہوتی ہے، مگر ان کے قلیل المدت ہونے کی وجہ سے مریضہ اکثر انکا ذکر نہیں کرتی تاوقتیکہ ان کے متعلق خاص طور پر سوالات نہ کئے جائیں۔ اس قسم کی مثال وہ درد ساملہ ہے جس کا احساس سوزاک میں عارضی حاد التہابِ مبال (acute urethritis) کے ساتھ موجود ہوتا ہے۔ جن مریضوں میں شدید درد کے حملے بار بار ہوتے ہیں اُن سے یہ خاص طور پر دریافت کرنا چاہئے کہ آیا ایامِ حیض کے ساتھ، یا حیض کی بے قاعدگیوں، مثلاً اس کی تاخیر یا نزف کی مقدار کی زیادتی کے ساتھ اِس کا کوئی تعلق ہے۔ ان امور کی اہمیت حوضی التہاب اور 12
خارج الرحم حمل میں ظاہر ہوگی۔

یہ معلوم ہوجانا چاہئے کہ امراض النسا کی بحث علامات زیادہ طویل نہیں۔ اس میں تین اہم علامات ہیں، یعنی درد، نزف اور مواد۔ ان میں سے یا تو صرف ایک ہی علامت پائی جاتی ہے، اور یا مختلف صورتِ حالات میں ان کے مختلف مدارج بطور علاماتی مخلوط کے پائے جاتے ہیں۔ ان اساسی علامات کے اسباب، اور ان کی امتیازی خصوصیات کا ذکر کسی آئندہ باب میں کیا جائیگا (صفحات 745 تا 755)۔ ان کے وقوع، ان کی شدت، ان کے تکرار، اور ان کے خصوصی صفات میں بہت کچھ اختلاف ہوتا ہے جس کی تفصیل ہر مریضہ میں معلوم کرنا چاہئے۔

درد شائد عام ترین علامت ہے، اور اسی کی وجہ سے مریضہ اول اول معالج کے مشاہدہ میں آتی ہے۔ بالعموم درد کمر کی شکل میں یا تو زیر معدی اور یا حرقفی خطوں میں محول ہوتا ہے، اور یا زیرین قطنی یا عجزی رقبہ جات میں۔ بائیں حرقفی حفرہ کا درد اکثر "مبیضی درد" کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے، گو یہ نام رکھنے کے بہت کم وجوہ موجود ہیں۔

درد حوض کے متعلق تحقیقات کرتے وقت اس کے صحیح صحیح محل وقوع، اس کے خاصہ، اور اس کی مدت کو معلوم کرنا چاہئے۔ درد سے مریضہ جس قسم کی تکلیف محسوس کرتی ہے

اِس سے اُس کے سبب کے محل کی تعیین کرنے میں معتدبہ مدد ملتی ہے۔ چنانچہ دھیما اور مستمر درد اکثر حوض کے التہابی ضررات میں پایا جاتا ہے، اور "حزقی درد" (bearing-down pain) رحم اور فرش حوض کی غیر وضعیتوں میں موجود ہوتا ہے، اور مقامی قولنج نما درد (colicky pain) رحم کے مقامی ضررات کو متلازم ہوتا ہے۔ دورانِ حیض میں سابق الوجود درد بالعموم شدید ہو جاتا ہے، اور اِس قسم کی علامت کو اُس درد سے باحتیاط تمیز کرنا چاہئے جو خود دورانِ حیض میں پایا جاتا ہے۔ اس کا ذکر علیٰحدہ باب میں کیا گیا ہے (صفحات 176 و 196)۔ احساسِ درد کی شدت کا اندازہ کرنے کیلئے معتدبہ احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے کیونکہ نمائندۂ درد (pain index) کا ثبات مختلف افراد میں مختلف ہوتا ہے۔ یہ معلوم کرنے سے اسکے متعلق کچھ نہ کچھ اشارہ ملجاتا ہے کہ آیا آرام کرنے سے اس میں واقعی کچھ کمی واقع ہو جاتی ہے، یا سَہر (insomnia) کا سبب یہی ہے۔ بہرکیف درد بہ حیثیت علامت اُن جملہ امور میں سے جن سے تشخیص کرنے میں مدد ملتی ہے سب سے کم اعتماد کرنا چاہیئے۔ ایسی بہت سی عورتیں ہیں جو حوض میں معتدبہ مقامی تکلیف محسوس کرنے کی شکایت کرتی ہیں، مگر ان میں کوئی عضوی سبب تلاش نہیں کیا جاسکتا۔ ان میں حوضی احشاء میں ایک عمومی بیش حسیت پائی جاتی ہے، اور اگر احتیاط سے کام نہ لیا جائے تو بعض اوقات مختلف جراحی طریقہ ہائے عمل اختیار کر لئے جاتے ہیں جن کی سر انجام دہی کسی صورت میں جائز نہیں ہوتی، اور جن سے مریضہ کو کسی قسم کا فائدہ پہنچنے کی کوئی توقع نہیں ہوتی۔

نزف۔ درد کے بعد اہمیت کے لحاظ سے فعلِ حیض کے اختلالات ہیں جو یا تو اسکے توازن (rhythm) کے اختلالات کی شکل میں پائے جاتے ہیں، مثلاً افزائش تواتر (تعدد طمث :epimenorrhœa)، یا مقدار کے تغیر یعنی کمی بیشی کی شکل میں۔ نزف کافی کثیر الوقوع ہے، اور جب مریضہ اس علامت کی شکایت لیکر آئے تو اس کا صحیح محل معلوم کرنا لازم ہوتا ہے۔ اگر مناسب احتیاط نہ کیجائے تو مبال یا مثانہ یا معائے مستقیم سے واقع شدہ نزف کو تناسلی خطہ سے واقع شدہ نزف کے ساتھ خلط ملط کیا جاسکتا ہے۔ جب طبیب کو اس امر کا یقین ہو جائے کہ اس علامت کا مبدا رحم ہے تو اس کو یہ معلوم کرنا چاہئے کہ دورِ حیض یا حمل یا اسقاط یا وضعِ حمل کے ساتھ اس کو کیا تعلق ہے، اور اسے یہ بھی دریافت کر لینا چاہیئے کہ اس کا اثر عام صحت پر کیا ہوا ہے، اور خاصکر ثانوی عدمِ دمویت کی پیدائش میں

اس کا کس قدر حصہ ہے۔ مزید برآں یہ بھی دیکھنا چاہئے کہ تھکے موجود ہیں یا نہیں، اور نزفی
مواد کا رنگ کیا ہے؟ آیا یہ شوخ سرخ ہے یا تاریک اور خون حیض کی قسم کا۔ چند سال
سے بعض نسائیاتی سریریات گاہوں میں رحم سے پیدا شدہ نزف کو مندرجۂ ذیل عنوانات 126
میں تقسیم کرنے کا رواج ہو گیا ہے:۔ (۱) کثرتِ طمث (Menorrhagia)، اس
اصطلاح کا استعمال مفرط نزفِ حیض تک محدود ہے، اور یہ ضائع شدہ خون کی حقیقی مقدار
سے تعلق رکھتی ہے۔ اس قسم کے جریانِ خون کا ذکر مریض "افراطِ حیض" (flooding) کے
نام سے کرتے ہیں۔ (۲) امتدادِ طمث (Menostaxis)، اس سے خونِ حیض کا مفرط
نقصان ظاہر کیا جاتا ہے، اور اس کا تعلق جریانِ خون کی مدت سے ہے، مثلاً کسی ایسی مریضہ
میں ماہواری ایام کا چودہ یا چودہ سے زیادہ دن تک جاری رہنا جس میں ایام حیض کی طبعی مدت
چار یا پانچ دن ہو۔ (۳) تعددِ طمث (epimenorrhœa) کا استعمال حیض کی کثرتِ
وقوع کے لئے کیا جاتا ہے۔ یہ اصطلاح حیض کے دور یا اس کے توازن کے امراضیاتی تغیر کو
ظاہر کرتی ہے۔ (۴) رحمی سیلان الدم (Metrostaxis) کی اصطلاح استحاضہ
(metrorrhagia) کی اصطلاح کی مترادف ہے، اور اس کا اطلاق اُس نزفِ رحم پر
ہوتا ہے جو حیض کے علاوہ ہو، اور اس سے کوئی تعلق نہ رکھتا ہو۔ ایسے تمام نزفات جو
سنِ بلوغ سے پیشتر اور انقطاع الطمث کے بعد واقع ہوتے ہیں اس گروہ میں شامل ہیں۔
امراضیاتی نزفِ رحم کی مذکورۂ بالا تقسیم رحم کے غیر طبعی نزف کی قدیم تقسیم سے جو صرف
"کثرتِ طمث" (menorrhagia) اور استحاضہ (metrorrhagia) میں کی گئی تھی
سریری نقطۂ نظر سے، اور تشخیص میں سہولت پیدا کرنے کی غرض سے عملی طور پر زیادہ مفید ہے۔

مواد۔ اگر خون کے علاوہ اور کسی مواد کا اخراج نمایاں علامت ہو تو اس کی مدت
اور ابتداء کے متعلق تحقیقات کر لینا چاہئے۔ اور یہ خاص طور پر معلوم کرنا چاہئے کہ آیا اسکی ابتدا
فوری تو نہیں تھی۔ تناسلی گذرگاہوں کا طبعی مواد سفید اور ندفی ہوتا ہے۔ جب یہ معمولی مقدار
سے زیادہ افراط میں ہو تو اسکو "سیلان ابیض" (leucorrhœa) کے نام سے موسوم کیا جاتا
ہے، اور مریض اسے عام طور پر "سفید رطوبت" (whites) کہتے ہیں۔ مواد کے خواص کا ہمیشہ
احتیاط سے مشاہدہ کرنا چاہئے۔ اور اس کی مقدار اور رنگت کو، آیا یہ آبی ہے یا قیحی، خاص طور پر
دیکھنا چاہئے۔ قیحی موادات بالعموم خراش آور ہوتے ہیں، اور مریض ان کا رنگ زرد یا بھورا

یا سبز بیان کرتے ہیں۔ بھوری رنگت کے معنی لازمی طور پر یہ نہیں ہوتے کہ اس میں خون کی آمیزش ہے، مگر اس امکان کا خیال دل میں ہمیشہ رکھنا چاہیئے۔ یہ بھی ہمیشہ معلوم کر لینا چاہیئے کہ آیا مواد بدبودار ہے یا نہیں۔ جب کبھی کوئی متنخر نو ساخت موجود ہوتی ہے، یا تناسلی قنال اور بولی یا معوی خلیوں میں ناسوری ربط پایا جاتا ہے تو مواد بدبودار ہوتا ہے۔ موخر الذکر حالت میں مریض خود راست اطلاع دیدیتے ہیں۔

تبول کے اختلالات۔ نسائیاتی مریضوں میں ایسے علامات عام طور پر پائے جاتے ہیں جن کا تعلق بولی خطہ کے زیریں حصہ سے ہوتا ہے، کیونکہ تناسلی اعضا کے ساتھ ان کا قریبی تشریحی تعلق ہے۔ ان میں سے ہر ایک نظام کے ضررات دوسرے نظام کے مرض کے علامات سے اکثر پوشیدہ ہو جاتے ہیں۔ لہٰذا یہ ضروری ہے کہ ماہر امراض النسا تحقیقات کے اس پہلو کو نظر انداز نہ کرے، بلکہ ماہر بولیات کے طریقہ ہائے امتحان سے بخوبی واقفیت حاصل کر لے (دیکھو صفحہ 141)۔ اگر عجلتِ بول یا تواترِ بول یا دقتِ بول کے علامات موجود ہوں تو ان کے متعلق خاص جستجو کی ضرورت ہوتی ہے۔

اورامِ شکم و دیگر اورام۔ جب مریضہ کسی ایسے ورم کی طرف توجہ دلائے جو خطۂ شکم یا خطۂ فرج میں واقع ہو تو اس کے متعلق یہ معلوم کرنا چاہیئے کہ یہ کتنی مدت سے ہے، اور درد کے ساتھ اس کا کیا تعلق ہے، اور آیا ایسے موضوعی علامات بھی موجود ہیں جن کا اسکی موجودگی سے تعلق ہے۔ جب تک دوسرے اعضا پر ورم کا دباؤ پڑنے سے علامات پیدا نہ ہوں مریضہ کو بھی اکثر اس کے متعلق علم نہیں ہوتا تاوقتیکہ یہ بڑھ کر معتد بہ جسامت اختیار نہ کرے۔ یہ واقعہ ہے کہ بعض اوقات کسی بڑے سلعۂ شکم کی موجودگی کی خبر مریضہ کو اس وقت ہوتی ہے جبکہ مختلف موضوعی علامات کا سبب معلوم کرنے کے لئے اس کا امتحان کیا جاتا ہے۔ یہ امر بھی معلوم کرنا چاہیئے کہ آیا ورم کی جسامت میں کوئی اختلاف دیکھنے میں آیا ہے یا نہیں، اور اسکی پیدائش کے وقت سے لاغری اور نہاکت (asthenia) کے سے عمومی علامات تو نہیں پائے جاتے۔

مہبل یا فرج کے ورم کے متعلق مریضہ کو جلد خبر ہو جاتی ہے، کیونکہ اس سے مقامی تکلیف پیدا ہو جاتی ہے۔ مہبل کے کسی ورم کو بھی عام عورتیں غلطی سے رحمی سقوط (uterine prolapse) کی کوئی شکل تصور کر سکتی ہیں۔ لہٰذا روئدادِ مرض حاصل کرتے وقت اس امر کے متعلق احتیاط رکھنا چاہیئے کہ مریضہ کے کسی ایسے بیان پر مثلاً "رحم نیچے اتر رہا ہے" محض

سننے ہی سے یقین نہ کر لینا چاہیئے۔ جب تک مریضہ کے بیان کی محتاط طبیعی امتحان سے تصدیق نہ کر لی جائے تشخیص میں فاش غلطیاں واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔

بہت سے دوسرے علامات بھی اکثر پائے جاتے ہیں، مثلاً درد یا مباشرت میں تکلیف (جماع مُولِم dyspareunia:) اور عقم۔ فعل تبرز کے اختلالات بھی دیکھنے میں آتے ہیں مگر ان کی اہمیت اتنی نہیں ہوتی۔

عمومی صحت پر بعض اوقات بہت خراب اثر ہوتا ہے۔ چنانچہ شدید نزف کے دفعتہً شروع ہو جانے سے یا عرصۂ دراز تک اس کے جاری رہنے سے شدید عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے، اور خبیث مرض سے لاغری اور ضعفہ (cachexia) پیدا ہو جاتے ہیں، اور مزمن درد سے بیخوابی اور عدم اشتہا اور عصبی نظام کے وظیفی اختلالات، یا بعض حالتوں میں عصبی نہاکت (neurasthenia) کے شدید اقسام پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ موخر الذکر قسم کے مریضوں کو صلابتِ منتشر (disseminated sclerosis) کے ابتدائی مدارج سے باحتیاط تمیز کرنا چاہیئے جو ایک ایسا مرض ہے جو عورتوں کو خاص طور پر زیادہ لاحق ہوتا ہے، اور جب تک کہ بہت احتیاط سے کام نہ لیا جائے، اور غلطی کے امکان کو مدنظر نہ رکھا جائے اس پر ہسٹیریا کا بھی شبہ ہو جاتا ہے۔ جیسا کہ ہم نے پہلے بھی ذکر کیا ہے مریضوں کی شدتِ علامات کے بیان کی اہمیت کا اندازہ کرنے کے لئے معتدبہ احتیاط اور غور و فکر سے کام لینا چاہیئے۔ جب درد کی شکایت موجود ہو تو اس امر کا خاص طور پر خیال رکھنا چاہیئے، کیونکہ اکثر عورتیں نادانستہ طور پر اس علامت کے بیان میں مبالغہ سے کام لیتی ہیں۔ بعض عورتوں میں اس کے خواص پیچیدہ اور اختلاف پذیر ہوتے ہیں اور وظیفی اختلالات سے منسوب ہوتے ہیں۔ بہرحال محتاط طبیعی امتحان سے حاصل شدہ نتائج کے مقابلہ میں مریضہ کی شکایات کے بیان کو کم اہمیت دینا چاہیئے۔

امتحانِ شکم

یہ امتحان روزمرہ نسائیاتی امتحان میں ایسے مریضوں میں بھی جن میں علامات بظاہر تناسلی خطہ کے زیرین حصہ کی طرف اشارہ کرتے ہوں، پہلا مرحلہ ہونا چاہیئے، مریضہ کو چت لیٹنا چاہیئے

اور پستانوں سے لیکر عانہ تک جسم پر کوئی کپڑا نہ ہونا چاہیے۔ معائنہ سے شکم کی کلانی، اس کی تقسیم اور اس کے حدود، موجودہ یا گذشتہ حمل کے نشاناتِ جلد، سابقہ عملیوں کے ندبات، ناف کی حالت، اور تنفس سے جدور کی حرکت پذیری کے درجہ کا پتہ چل جائیگا۔ شکم کی کلانی فربہی، سیال یا سلعہ کی موجودگی، یا مثانہ کی پُری، یا امعا کے انتفاخی تمدد سے پیدا ہو سکتی ہے۔ فربہ مریضوں کے امتحان میں بہت احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے۔ ایک طرف تو ایک چھوٹا سا سلعہ بآسانی نظر انداز ہو سکتا ہے، اور دوسری طرف عمومی کلانی غلطی سے ایک بڑے سلعہ سے منسوب کی جاسکتی ہے۔ عضلاتِ شکم کی عصبی استواری جو سنِ یاس پر عورتوں میں قلیل الوقوع نہیں ہوتی اس امتحان میں دقت پیدا کرنے، یا اسکے نتائج کو مشتبہ بنانے کا ایک اور سبب ہے۔ مشتبہ حالتوں میں تشخیص کرنے کے لئے عمومی معدمِ حس کے زیر اثر امتحان کرنا ضروری ہوتا ہے۔

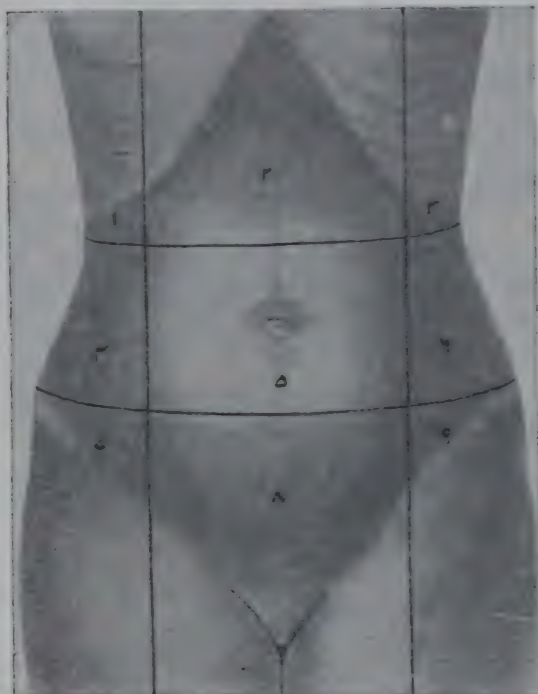
بعض مثالوں میں ابتدائے حمل کے امارات کا پستانوں میں تلاش کرنا ضروری ہوتا ہے۔

اگر درد پستانوں میں محسوس ہوتا ہو تو یہ لازمی ہے کہ دونوں پستانوں اور بغلی اور فوق ترقوی خطوں کا باقاعدہ جراحی امتحان کیا جائے۔

28 جَسّ امتحانِ شکم کا نہایت اہم جزو ہے اور اسکی سرانجام دہی کے لئے کسی قدر مہارت کی ضرورت ہے۔ ہاتھ گرم ہونا چاہئیں، اور ان کو استعمال کرتے وقت تمام ہاتھ کو، صرف انگلیوں کو نہیں، شکم پر چپٹا رکھنا چاہیئے، اور جدور پر نرمی سے پھیرنا چاہیئے۔ عصبی مزاج کی عورتوں میں خاص طور پر بہت نرمی کی ضرورت ہوتی ہے۔ اکثر مریض عصبی اضطراب کی وجہ سے انگلیوں کے ذرا سا چھونے سے بھی عضلاتِ مستقیمہ (recti muscles) کو منقبض کر لیتے ہیں، یا ڈایا فرام کو حالتِ انقباض میں برقرار رکھتے ہیں، اور صرف عضلات صدر ہی سے سانس لیتے ہیں۔ لہٰذا مریضہ کا منہ کھلا رہنا چاہیئے، اور اسے آرام سے آہستہ آہستہ سانس لینے کے لئے ہدایت کر دینا چاہیئے۔

جب شکم کلانی یافتہ نہ ہو اور اس کی دیواریں پتلی ہوں تو عانی ارتفاق (symphysis pubis) کے پیچھے گہرا دباؤ ڈالنے سے طبعی بیضیں گردیدہ رحم کے جسم کا شناخت کرنا بعض اوقات ممکن ہوتا ہے۔ زیر معدی خطہ میں ایک نرم اور غیر معین الحدود ورم جو قرع کرنے پر اصم ہو، اور جو ہاتھ کو حوضی گڑھے میں پہنچنے سے روکے، پُر یا متمدد مثانہ کو ظاہر کرتا ہے۔ اعور اور حوضی قولون متمدد ہونے کی حالت میں ہر ایک حرقفی خطہ (iliac region) میں نرم ریاحی اورام کی شکل

اختیار کر لیتے ہیں۔ اس حالت کو غلطی سے کوئی امراضیاتی حالت تصور نہ کر لینا چاہیئے۔ امعاء کے یہ حصے جب منقبض ہوں یا ان میں ٹھوس، برازی مادہ موجود ہو تو دبلے بیماروں میں ان کو انگلیوں کے نیچے پھرایا جا سکتا ہے، اور یہ ٹھوس اور اسطوانہ نما محسوس ہوتے ہیں۔ پوپارٹ کے رباط (Poupart's ligament) کے وسط سے دو انچ اوپر گہرا دباؤ ڈالنے سے، خاص طور پر بائیں جانب پر، الیمیت کا احساس اس کثرت سے پایا جاتا ہے کہ سوائے اس حالت کے جبکہ یہ احساس بہت ہی شدید ہو اسے بہ مشکل غیر طبعی کہا جا سکتا ہے۔ یہ ہسٹیریا کے مشہور و معروف میسا سم (stigmata) میں سے ہے، اور اگرچہ اس کی طرف "مبیضی الیمیت" (ovarian tenderness) کے نام سے اشارہ کیا جاتا ہے مگر اس کا تعلق کم از کم مبیض کے ساتھ مشتبہ ہے۔ یہ بھی ضرور یاد رکھنا



شکل ۸۸۔ شکم کے خطے (کننگھم)۔ ۱۔ دایاں زیر غضروفی خطہ (رائٹ ہائپوکانڈریئک ریجن)۔ ۲۔ برمعدی خطہ (اپی گیسٹرک ریجن)۔ ۳۔ بایاں زیر غضروفی خطہ۔ ۴۔ دایاں قطنی خطہ (رائٹ لمبر ریجن)۔ ۵۔ سُرّی خطہ (امبی لائیکل ریجن)۔ ۶۔ بایاں قطنی خطہ۔ ۷۔ دایاں حرقفی خطہ (رائٹ ایلییک ریجن)۔ ۸۔ زیر معدی خطہ (ہائپو گیسٹرک ریجن)۔ ۹۔ بایاں حرقفی خطہ۔

چاہیئے کہ دائیں طرف التہاب زائدہ سے بھی اس الیمیت کے تعلق کا امکان ہوتا ہے۔
روزمرہ کے امتحان میں اعور، قولون، مرارہ، اور دونوں طرفوں کے کلوی خطوں کا جس

شامل ہونا چاہئے۔ عورتوں میں حرکت پذیر گردہ عام طور پر پایا جاتا ہے۔ اور جب شکمی دیواریں پتلی ہوں تو یہ بآسانی شناخت کیا جاسکتا ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ طبعی حالت میں دائیں گردہ کا تشریحی لیول بائیں گردہ کے لیول سے نیچا ہوتا ہے، اور اس لئے "حرکت پذیر گردہ" کی تشخیص، بطور امراضیاتی عنصر کے، بغیر معقول وجوہ کے نہیں کرنا چاہئے۔

29 اورام کے محل، یا درد، یا زیادہ حس پذیری، یا غیر طبعی اصمیت کے رقبہ جات کے حدود کی تعیین اندراج کے لئے حتی الوسع صحیح صحیح طور پر کرنا چاہئے، اور اس کام میں قرع سے بہت مدد ملتی ہے۔ مذکورہ مقصد کے لئے حوضی شکمی کہفہ کو چار افقی منطقوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے جن کے نام نیچے سے اوپر کی طرف کو یہ ہیں:۔ حوضی کہفہ (pelvic cavity)، زیر معدی منطقہ (hypogastric zone)، سُرّی منطقہ (umbilical zone)، اور ضلعی منطقہ (costal zone)۔ زیر معدی منطقہ نیچے کی طرف حوضی گگر سے اور اوپر کی طرف بین درنی مستوی (inter-tubercular plane) سے محدود ہوتا ہے۔ آخر الذکر ایک افقی خط ہے جو حرقفی عرفوں (iliac crests) کے بلند ترین مقامات کو ملاتا ہے۔ ضلعی منطقہ نیچے کی طرف زیر ضلعی مستوی (sub-costal plane) سے جو ایک افقی خط ہے جو دسویں ضلعی غضروفوں کے سروں کو ملاتا ہے، اور اوپر کی طرف ڈایافرام کے گنبد سے محدود ہوتا ہے۔ حوضی کہفہ اپنے مقدم اور موخر قطروں کے تقاطع سے از سر نو چار حصوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے، جو علیحدہ علیحدہ دایاں، بایاں، اگلا اور پچھلا حصہ کہلاتے ہیں۔ ہر ایک شکمی منطقہ پوپارٹ کے رباط کے وسط سے ضلعی کنارہ تک ہر دو اطراف پر ایک ایک انتصابی خط کھینچنے سے تین تین خطوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے۔ اس طرح شکم کی مقدم دیوار پر نو خطے بنجاتے ہیں جن کے نام شکل ۸۸ سے ظاہر ہیں۔ جب معتد بہ جسامت کے شکمی اورام موجود ہوں تو یہ بہتر ہوگا کہ ان افقی منطقوں اور طبقوں کا نام بھی لیا جائے جن میں یہ واقع ہیں۔

قرع کا اہم ترین استعمال یہ ہے کہ اس سے اصم آواز جو ٹھوس یا سیال اورام پر سے آتی ہے، اور ریاحی آواز میں، جو معدی معوی خطہ پر سے نکلتی ہے، تمیز کی جائے۔ شکم کے اندر آزاد سیال کی موجودگی معلوم کرنے کے لئے یہ مفید ہے، اور "سائر اصمیت" (shifting dullness) کو ضرور شناخت کیا جائے۔ قرعِ شکم کا طریقہ ایک معین دستور العمل کے مطابق ہونا چاہئے۔ بہترین ترکیب یہ ہے کہ رنّان رقبہ سے اصم رقبہ کی طرف قرع کیا جائے، اور اگر ممکن ہو تو ایسے

خط کا تتبع کیا جائے جو اصم رقبہ کی حد سے زاویۂ قائمہ پر ملتا ہو۔ جو اورام شکم حوض میں پیدا ہوتے ہیں ان میں سے اکثر گول ہوتے ہیں، اور ان کی بالائی سطح محدب ہوتی ہے۔ لہٰذا قرع عام طور پر پہلے ضلعی حاشیہ سے لیکر نیچے کی طرف کو کیا جاتا ہے۔ اور اس کے بعد قرع کرنے والی انگلیوں کو پہلوؤں سے خط وسطی کی طرف لے جایا جاتا ہے۔ جب ٹھوس حوضی الاصل سلعات موجود ہوں، اور استسقاء موجود نہ ہو تو پہلوؤں پر سے بالعموم رنّان آواز نکلتی ہے۔

قرع کے سلسلہ میں بعض مغالطوں کا خیال رکھنا چاہئے، چنانچہ ٹھوس سلعات کے اوپر سے بھی بعض اوقات اصم آواز نکل سکتی ہے جبکہ ورم اور دیوار شکم کے درمیان معا کا ایسا حصہ حائل ہو جس میں گیس موجود ہو۔ اور یہ بھی ظاہر ہے کہ رنّانیت گندیدگی سے پیدا شدہ گیس سے بھی نتیجۃً پیدا ہو سکتی ہے۔ مزید برآں بیش متمدد قولون کے موجود ہونے کی حالت میں پہلوؤں پر سے قدرتاً اصم آواز پیدا ہوتی ہے جو باریطونی سیال کی موجودگی کو ظاہر کرتی ہے۔ آخر میں سیال کے دویرہ بند اجتماعات پر سے بھی قرع سے ایسے امارات ظاہر ہوتے ہیں جو شکمی نوساختوں کے امارات کے متماثل ہوتے ہیں، موخر الذکر کی مثال وہ درنی اجتماعات ہیں جو عمومی کہفہ باریطون سے مشبک معا اور ثرب کے ذریعہ سے چاروں طرف سے بند ہو گئے ہوں۔

استماع ماہر امراض النسا کے لئے تشخیص کا اتنا اہم طریقہ نہیں جتنے اہم کہ امتحان کے دوسرے ذرائع ہیں۔ استماع پر تمام حوضی الاصل سلعات، سوائے حاملہ رحم، بعض خارج الرحم حملات، اور چند رحمی الاصل کلاں سلعات کے جن سے ویسا ہی ایک "ہزیز" (souffle) سنائی دیتا ہے جیسا کہ حمل کا رحمی ہزیز (uterine souffle) ہوتا ہے، اصم ہوتے ہیں۔

ارتسامی اندراجات کا استعمال اور محتاط شکمی پیمائشیں بھی بہت مفید ہوتی ہیں تاکہ آئندہ ان کے مقابلے کئے جا سکیں۔ ایسی حالتوں میں جبکہ کسی شکمی ورم کی نوعیت مشتبہ ہو، اور مزید مشاہدات ضروری ہوں۔ ایسے اندراجات روزمرہ امتحان کا ہمیشہ ایک جزو ہونا چاہئیں۔ اس قسم کے دستور العمل کی پابندی کرنے سے دورانِ تشخیص میں غلطیوں کے ارتکاب، مثلاً حاملہ رحم کو حوضی الاصل امراضیاتی سلعہ سے خلط ملط کر دینے سے بچنے میں معتدبہ مدد ملتی ہے۔

فرج اور مہبل کا امتحان

اگر یہ صحیح تشخیص کرنے کیلئے اعضائے حوض کا براستہ مہبل مکمل امتحان کرنے کی ضرورت ہوتی ہے، مگر بعض ایسی حالتیں بھی ہیں جن میں یہ امتحان قرین مصلحت نہیں ہوتا، اور ان مستثنیات کا خاص خیال رکھنا چاہیئے۔

لڑکیوں اور ناکتخدا عورتوں میں حوض کا مقامی امتحان نہ کرنا چاہیئے تاوقتیکہ بہت شدید علامات اس کے مقتضی نہ ہوں، اور اس صورت میں بھی سب سے بہتر یہ ہوتا ہے کہ یہ عمومی معدم حس کے زیر اثر کیا جائے۔ خواہ مریضہ کتخدا ہو یا ناکتخدا ہر حالت میں یہ ضروری ہے کہ مریضہ کا کوئی عزیز یا دوست یا نرس امتحان کرنے کے وقت اس کے پاس موجود ہو۔ جب تک کہ اس احتیاط کی سخت پابندی نہ کیجائے گی مریضہ کے ان کی موجودگی پر اعتراض کرنے کے باوجود نہایت تشویش ناک نتائج پیدا ہونے کا خطرہ ہوگا جیسا کہ تجربہ سے ظاہر ہو چکا ہے۔

اگر کوئی کتخدا عورت مقامی امتحان کرنے پر اعتراض کرے، یا ایسا امتحان کرانے سے انکار کردے تو ایسی حالتوں میں، جبکہ شدید علامات، مثلاً نزف، موجود ہوں، طبیب کا یہ فرض ہے کہ وہ مریضہ پر یہ امر واضح کردے کہ اس قسم کی تحقیقات مرض کی تشخیص یا اس کے علاج کے لئے ناگزیر ہے، اور اگر اس پر بھی مریضہ معترض رہے تو وہ اُس کا علاج کرنے سے انکار کردے۔

حوضی اعضا کا مکمل مہبلی امتحان معائنہ اور اصبعی جس سے کیا جاتا ہے، اور اس کے لئے چند اوزاروں کے استعمال کی ضرورت ہوتی ہے۔ سیال صابون اور گلیسرین جیلی (glycerine jelly) کے مختلف اقسام بطور مدہن عام استعمال کے لئے بآسانی دستیاب ہو سکتے ہیں۔ دافع عفونت غسول (antiseptic lotions) مثلاً ٹنکچر آیوڈائی (۲ پائنٹ پانی میں ا ڈرام)، یا کول ٹار کے کئی ایک حاصلات میں سے کوئی ایک (مونسال :Monsal، آئیزال :Izal، یا سلن :Cyllin یا "ڈٹال" Dittal) جو حال ہی میں رائج ہوا ہے، بہت سی حالتوں میں کسی دوسرے مدہن سے قابل ترجیح ہوتے ہیں۔ زہرادی یا عفونتی سرائت کی حالتوں میں ربڑ کے دستانے جو پہلے سے پانی میں اُبالے ہوئے ہوں، انگلیوں کو لوث

ہونے سے بچانے اور دوسرے مریضوں تک سرائتی مواد کے پہنچانے کے خطرہ سے احتراز کرنے کیلئے ضرور پہننا چاہئیں۔ دیگر حالتوں میں انکا استعمال امر اختیاری ہے، لیکن بہت سے معقول دلائل کی بنا پر ان کو روزمرہ کے استعمال میں لانے کا مشورہ دیا جاسکتا ہے۔ عفونت اور سوزاک کا استثنا، تمام مریضوں میں ناممکن ہے، اور اس خطرہ کا علم ہونے سے بیشتر ہی انگلیاں ملوث ہوسکتی ہیں۔ ان تمام اشخاص کے لئے جو اکثر عملیہ جات سرانجام دیتے ہیں ہاتھوں کو ملوث ہونے سے بچانا ایک نہایت اہم امر ہے۔ علم القابلہ کے اطبا کے لئے بھی اس کی اہمیت اتنی ہی ہے۔ شفاخانہ کے کام میں، جہاں ماہر امراض النسا کو جلد جلد کئی ایک عورتوں کا متواتر امتحان کرنا ہوتا ہے، ایک اور اندیشہ بھی ہوتا ہے، اور وہ یہ ہے کہ ہر ایک امتحان کے بعد ہاتھوں کے ناکافی ازالہ عفونت سے ایک مریضہ سے دوسری مریضہ تک سرائت کے پہنچنے کا امکان ہوتا ہے۔

جس وضع میں اس ملک (انگلستان) میں مہبلی امتحان بالعموم کیا جاتا ہے وہ یہ ہے کہ مریضہ بائیں کروٹ پر لیٹی ہوئی ہو، اور رانیں "بائیں جانبی" (left lateral) یا مرممہ بائیں جانبی ہیئت میں جس کو "وضع سمس" (Sims's position) کہتے ہیں شکم پر خمیدہ ہوں (دیکھو شکل ۹۵ صفحہ 136)۔ اونچے کوچ اور اچھی روشنی سے بہت مدد ملتی ہے۔ سقوط (prolapse) کی حالتوں میں بعض اوقات مریضہ کو کھڑے رکھ کر امتحان کرنا مناسب ہوتا ہے، رکبی صدری وضع (genu-pectoral posture) کا استعمال شاذ و نادر حالتوں ہی میں کیا جاتا ہے، مگر تشخیصی امتحان کی نسبت علاج میں ان وضعوں سے زیادہ استفادہ کیا جاتا ہے اور اس ملک میں یہ زیادہ مقبول نہیں۔ اگر مریضہ چت لیٹی ہو، اور اس کی رانیں خم کردہ ہوں، اور پاؤں کوچ کے سرے پر پائیدانوں پر رکھے ہوں، اور گھٹنے ایک دوسرے سے علیحدہ ہوں تو بھی یہ امتحان کیا جاسکتا ہے (دیکھو شکل ۸۹ اور ۹۰)۔ ان میں سے ہر ایک وضع میں فرج کا معائنہ 131
بآسانی کیا جاسکتا ہے، اور یہ پہلا حصہ ہے جس کی طرف توجہ مبذول ہوتی ہے۔ جن امور کا خیال رکھنا چاہئے وہ یہ ہیں کہ شفرتین کبیر، شفرتین صغیر اور بظر کی حالت دیکھی جائے، اور پھر شفرتین کو انگلیوں سے علیحدہ کر کے پردہ بکارت، لحیمات آسیہ (carunculæ myrtiformes) دہلیز، منفذ بول اور حفرہ زورقیہ کا یکے بعد دیگرے امتحان کیا جائے۔ بعد ازاں انگشت اشاریہ کے سرے کو دہنہ مہبل سے گذار کر مبال (urethra) کے فرش پر منفذ بول کے رخ میں،

دباؤ ڈالا جائے تاکہ اگر کوئی مبالی مواد موجود ہو تو وہ ظاہر ہو جائے۔ اخیر میں بارتھولینی قناتوں کے فتحوں کا معائنہ کیا جائے۔ اگر یہ غدد کلانی یافتہ ہوں تو ہر شفرۂ کبیر کے قاعدہ پر کی بافت کو مہبل کے اندر کی انگلی اور باہر کی جانب سے انگوٹھے کے درمیان پکڑنے سے ان کا تجسّس کیا جا سکتا ہے۔ طبعی بارتھولینی غدہ جس سے محسوس نہیں کیا جا سکتا۔ فرج کی مخاطی سطحیں بالعموم مرطوب ہوتی ہیں لیکن ان پر کوئی مواد دکھائی نہیں دیتا۔ بعض اوقات ایک سفید دوغ نما افراز یا ایک رقیق دودھیا سیال موجود ہوتا ہے مگر ان میں سے کوئی بھی غیر طبعی نہیں۔

امتحان کا دوسرا مرحلہ مہبل کا انگشتی امتحان ہے جو بالعموم دائیں ہاتھ کی انگشت اشاریہ سے، اور صاحب ولادت عورت میں انگشت اشاریہ اور وسطیٰ سے کیا جاتا ہے۔ اگر داخلی امتحان کیلئے ہر ایک ہاتھ کو مساوی سہولت کے ساتھ استعمال کرنے کی مشق کر لیجائے تو بہت آسانی ہوتی ہے۔ انگلیاں داخل کرتے وقت یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ فرج ایک مقدم موخر درز ہے، اور مہبل کا دہانہ مستعرض ہوتا ہے۔ لہٰذا جب انگلیاں اوپر کی جانب عنق کی طرف گزاری جائیں گی تو ہاتھ کو ایک زاویہ قائمہ کی گردش دیجائے گی۔

دیوار ہائے مہبل کی حالت پہلا امر ہے جس کا مشاہدہ کرنا چاہیئے۔ مقدم دیوار کے زیریں ایک تہائی حصہ پر مستعرض شکن (دیکھو صفحہ 51) بالعموم محسوس کئے جا سکتے ہیں، لیکن اُن عورتوں میں جن کو بہت سے بچے پیدا ہوئے ہوں یا جن کو مہبلی سقوط کی شکایت ہو یہ اکثر موجود نہیں ہوتے۔ مشاق انگلی سے ایسی حالتوں میں مثلاً دیواروں کے غیر طبعی ڈھیلے پن، بھچاؤ، ندبات، ثولولی فضولات (warty excrescences) اور دوہری یا ٹھوس اورام کی فوراً شناخت ہو جائے گی۔ اس کے بعد عنق کے مہبلی حصہ کو محسوس کرنا چاہیئے۔ یہ بالعموم حوضی کہفہ کے مرکز کے قریب اس طرح واقع ہوتا ہے، کہ فم خارجی ورکی شوکہ (ischial spine) کے لیول کا متناظر ہوتا ہے، مگر اس محل میں تفاوت کا پایا جانا قلیل الوقوع نہیں، اور اگر کسی رخ میں خفیف سی غیر وضعیت پائی بھی جائے تو اس کو حد سے زیادہ اہمیت نہ دینا چاہیئے، کیونکہ تندرست رحم نہ تو ہمیشہ خط وسطی میں واقع ہوتا ہے اور نہ افقی لیول پر۔ عدیم الولادت عورتوں میں فم یا تو ایک چھوٹے سے گول روزن کی شکل کا ہوتا ہے، اور یا ایک تنگ مستعرض جھری کی شکل کا۔ کثیر الولادت عورتوں میں یہ ہمیشہ یا تو مستعرض ہوتا ہے جبکہ کوئی دریدگی نہ واقع ہوئی ہو، اور یا بے قاعدہ جبکہ عنق دوران ولادت میں پھٹ چکی ہو۔ ایک اور حالت کا جو قلیل الوقوع نہیں

ذہن نشین رکھنا ضروری ہے، اور وہ یہ ہے کہ عنق کی سطح پر کئی ایک قصیر القامت، ہموار، گول اور محکم ارتفاعات موجود ہوتے ہیں جو ان احتباسی دویروں کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں جو عنق کی لیفی اعضلی دیوار میں عنقی غدد کے گہرے حصوں کے بند اور منتسع ہو جانے سے بنتے ہیں، اور یہ نیبوتھی کے بیضیک (ovula Nabothi) کہلاتے ہیں (شکل ۱۹۔ صفحہ 26)۔ مشاق انگلی سے عنق کی غیر طبعی حالتوں، (مثلاً عنق کی قنال کا اتساع، اور اس کے لبوں کا بیش پرورشی تطول اور انکی بروں گردیدگی جو دریدگیوں اور ندبات سے پیدا ہوئی ہو، اور بارز سعدانے (protruding polypi)، اور نیز خبیث بالیدیں اور دیگر اسباب سے پیدا شدہ تقرح) کی شناخت کی جاتی ہے۔

دودستی امتحان۔ اس کے بعد کا مرحلہ دودستی امتحان ہے جو ہر ایک نقطۂ نظر سے بہت اہم ہے، اس طریقہ میں مہارت اور اعتماد حاصل کرنے کے لئے کافی تجربہ کی ضرورت ہے، موافق صورت حالات کے تحت اس کو عمل میں لانا آسان ہے، اور اس سے جملہ حوضی اعضا کا مفصل امتحان کیا جا سکتا ہے۔ غیر موافق حالات مثلاً فربہی، عصبی اضطراب اور معائے مستقیم کی پُری، وغیرہ کی صورت میں بعض اوقات یہ ضروری ہوتا ہے کہ اپنے آخری فیصلہ کو ملتوی رکھا جائے، تاوقتیکہ معدامِ حس کے زیر اثر امتحان نہ کر لیا جائے۔ بعض مثالوں میں اس پر بھی کئی ایک امور غیر متشخص رہ جاتے ہیں۔ 132

دودستی امتحان کو کامیابی سے سرانجام دینے کیلئے یہ ضروری ہے کہ مثانہ اور معائے مستقیم پُر نہ ہوں۔ لہٰذا امتحان کیلئے تیار کرنے سے پیشتر ایک خفیف سالین استعمال کرا دینا چاہئیے۔

دودستی امتحان محض اسی وضع میں ٹھیک طور پر کیا جا سکتا ہے کہ مریضہ چیت لیٹی ہوئی ہو، اور اس کے گھٹنے ایک زاویہ حادہ پر خمیدہ ہوں۔ جب کوئی خاص نسائیاتی کوچ یا عملیاتی میز استعمال کیجائے تو ممتحن مریضہ کے گھٹنوں کے درمیان کھڑا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۸۹)۔ مگر کوچ کی ایک طرف کھڑے ہو کر اپنے دائیں ہاتھ کو مریضہ کے خمیدہ دائیں گھٹنہ کے نیچے سے گذارنا بھی اسکے لئے اتنا ہی آسان ہوتا ہے (دیکھو شکل ۹۰)۔ دایاں ہاتھ بالعموم داخلی امتحان کے لئے استعمال کیا جاتا ہے، اور بایاں زیر معدہ پر رکھا جاتا ہے، اور دونوں ہاتھوں کی انگلیوں کے اشتراک عمل سے حوضی اعضا کا نیچے سے

اور اوپر سے بیک وقت جس کیا جا سکتا ہے۔ داخلی امتحان کرنے کے لئے ہر ایک ہاتھ کو مشق بہم پہنچا لینا مناسب ہوتا ہے۔ کیونکہ حوض کی دائیں طرف کا استقصاء دائیں ہاتھ سے، اور



شکل ۸۹۔ دودستی امتحان کرنے کا طریقہ۔ ممتحن کوچ کے سرے پر کھڑا ہے۔
(ایک عکسی تصویر سے۔)

بائیں طرف کا بائیں ہاتھ سے زیادہ مکمل طور پر کیا جا سکتا ہے۔ دونوں وضعوں میں جو شکل ۸۹ اور ۹۰ میں ظاہر کی گئی ہیں امتحان کرنا سیکھنا چاہیئے، کیونکہ کوچ یا عملیتی میز کا استعمال ہمیشہ ممکن نہیں ہوتا۔ صاحب فراش مریضوں کے لئے وہ وضع جو شکل ۹۰ میں دکھائی گئی ہے زیادہ مناسب ہوتی ہے، اور اس میں دوسری وضع کی نسبت کم تکلیف ہوتی ہے۔

پہلے جسم رحم کو پیش گردیدگی (anteversion) کی طبعی حالت میں تلاش کیا جاتا ہے۔ اگر اندازہ ہی سے کہا جائے تو رحم عموماً کہفہ حوض کے قبالتی محور پر واقع ہوتا ہے۔ دبلی عورتوں میں یہ اس محل پر بآسانی محسوس کیا جاسکتا ہے، لیکن اگر یہاں یہ فوراً نہ ملے تو اسے پہبل کے اندر کی انگلی سے شکمی دیوار کی طرف دھکیلنا چاہیے۔ یہ طریقہ اوپر سے دباؤ ڈالکر طاقتور شکمی عضلات کی مزاحمت پر زور سے غالب آنے کی کوشش کرنے سے کہیں زیادہ مؤثر ہے۔ بیرونی ہاتھ کو



شکل ۹۰۔ دو دستی امتحان کرنے کا طریقہ۔ ممتحن کوچ کی ایک جانب پر کھڑا ہے۔
(ایک عکسی تصویر سے۔)

عانہ سے ذرا اوپر رکھنا چاہیئے۔ جسم رحم کو دونوں ہاتھوں کی انگلیوں سے یوں پکڑ لینے سے اسکی وضع جسامت، شکل، بستگی اور حرکت پذیری کا پتا چلانا ممکن ہوتا ہے۔ دوسرے چھوٹے چھوٹے امور کا بھی خیال رکھنا چاہیئے مثلاً دباؤ کے لئے اس کی حساسیت اور ہلانے سے درد کا احساس۔ پس گردیدہ رحم کا قابل اطمینان دو دستی امتحان کرنا یقیناً آسان نہیں ہوتا تاوقتیکہ اسے پہلے دھکیل کر حوض کی گگر کے لیول پر نہ لایا جائے۔ ایسا بمقابلہ براستہ مہبل براستہ مبرز زیادہ کامیابی سے کیا جاسکتا ہے۔

اس کے بعد رحمی زوائد (uterine appendages) کی تحقیق کرنا چاہئے۔ جانبی قبووں یا حوض کے موخر چوتھائی حصوں کا دو دستی امتحان کرنے سے ان کا پتہ لگایا جاسکتا ہے۔ استثنائی حالتوں میں تین ساختیں شناخت کی جاسکتی ہیں۔ اگلی طرف ایک پتلی جبل جو انگلیوں کے درمیان پھرائی جاسکتی ہے مستدیر رباط کو ظاہر کرتی ہے، پچھلی طرف ایک زیادہ نرم اور اسطوانہ نما ساخت یعنی فلوپی نلی ہوتی ہے۔ اگر موخر الذکر کا باہر کی طرف کو تعاقب کیا جائے تو بیض اپنے طبعی محل پر یعنی جانبی حوضی دیوار کے نزدیک محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ اپنی گول یا بیضوی شکل، نرم بستگی، حساسیت، بآسانی حرکت پذیر ہونے، اور دونوں ہاتھوں کی انگلیوں کے درمیان سے جلد پھسل جانے سے پہچانا جاتا ہے۔ اگر بیض اپنے طبعی محل پر نہ ملے تو اسے ڈگلس کی جیب میں تلاش کرنا چاہئے جہاں یہ سقوط یافتہ ہونے کی حالت میں مل جاتا ہے۔ طبعی فلوپی نلی کی شناخت سب سے زیادہ مشکل
134 ہے۔ اسکی بستگی مستدیر رباط سے زیادہ نرم ہوتی ہے، اور جب تک کہ امراضیاتی تغیرات سے اسکی شکل بگڑ نہ جائے یا یہ دبازت یافتہ نہ ہو جائے اس کا تمیز کرنا زیادہ مشکل ہوتا ہے۔ فربہی اور دیوار ہائے شکم کے استوار ہونے کی حالتوں میں کلانی نایافتہ زائدے بعض اوقات بالکل محسوس نہیں ہوتے، اور اِن حالتوں میں جب کبھی یہ محسوس کئے جاسکتے ہیں تو اِنکی جسامت غالباً غیر طبعی ہوتی ہے۔

اگر مثانہ خالی ہو تو اِس کے حدود حس سے معین نہیں کئے جاسکتے۔ پُر مثانہ مقدم قبوہ میں سے ایک نرم متموج ناچیہ کے مانند محسوس ہوتا ہے، اور یہ رحم کو پچھلی طرف ہٹا دیتا ہے، اسلئے اس کا محض قعر ہی محسوس کیا جاسکتا ہے۔ بعض مثالوں میں حالبین کے حوضی حصوں کے سرے مثانہ میں منتہی ہونے کے لئے آگے کی اور اندر کی طرف کو جاتے ہوئے حوض کے اگلے چوتھائی حصوں میں عنق سے ذرا باہر کی طرف شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ تدرن سے دبازت یافتہ ہونے کی حالت میں یا حصات (calculus) کی موجودگی میں ان کی شناخت آسان ہوتی ہے۔

اخیر میں اسی طرح موخر قبوہ کا استقصاء کیا جاتا ہے۔ عنق کے پیچھے سے اندرونی انگلی کو اوپر کی جانب اٹھانے سے رحم کی موخر دیوار کے زیریں جزو کا کسی قدر حصہ محسوس کیا جاسکتا ہے (دیکھو شکل ۲)۔ مزید برآں مقدم مستقیمی دیوار اور رحمی عجزی رباطات بھی محسوس کئے جاسکتے ہیں، لیکن موخر الذکر شناخت نہیں کئے جاسکتے تاوقتیکہ یہ غیر معمولی طور پر نمو یافتہ نہ ہوں یا دیگر التہابی تغیرات سے دبازت یافتہ نہ ہو گئے ہوں۔ اِن کا امتحان تمام حالتوں میں بمقابلہ

براستہ مہبل براستہ مبرز زیادہ کامیابی کے ساتھ کیا جاسکتا ہے۔

بہت سے مریضوں میں ہر دو ظہری اور جانبی وضعوں میں دو دستی امتحان کرنے سے تشخیص میں بہت کچھ مدد مل سکتی ہے۔ ہیئت (posture) کی تبدیلی سے حوض کے بڑے بڑے اعضا اور بالخصوص رحم کا بھی محل تبدیل ہو جاتا ہے، چنانچہ وضع سمس (Sims's position) میں اس عضو میں آگے کی طرف کو گرنے کا رجحان پایا جاتا ہے، اور اس لئے ڈگلس کی جیب کے خطہ کا نیچے سے زیادہ اچھی طرح سے امتحان کیا جاسکتا ہے۔

مستقیمی، مستقیمی شکمی، اور مستقیمی مہبلی شکمی امتحان۔ مستقیمی امتحان دائیں ہاتھ کی انگشت اشاریہ سے کیا جاتا ہے، جس پر دستانہ پہنا ہوا ہو اور جس کی تدہین اچھی طرح سے کرلی گئی ہو۔ یہ ضروری ہے کہ معائے مستقیم خالی ہو۔ باکرہ عورتوں میں، جیسا کہ پہلے بیان کیا جاچکا ہے، یہی مناسب ہوتا ہے کہ مہبلی امتحان سے حتی الامکان احتراز کیا جائے۔ اس حالت میں مستقیمی شکمی طریقہ سے تقریباً صحیح صحیح نتائج حاصل کئے جاسکتے ہیں، خاصکر جہانتک کہ رحم کی جسامت اور اسکی وضع اور عنق کی حالت کا تعلق ہے۔ اگر تبرُّز کے ساتھ نزف یا درد کی روئداد موجود ہو تو یہ ضروری ہے کہ مبرز میں انگلی داخل کرنے سے پیشتر اس کا باحتیاط معائنہ کرلیا جائے، کیونکہ شقاق یا بواسیر موجود ہونے کی صورت میں انگشتی امتحان بہت تکلیف دہ ہوتا ہے۔ مہبلی امتحان کی نسبت مستقیمی امتحان سے ڈگلس کی جیب کے مافیہ کا، اور خاصکر بیضین کا، زیادہ مکمل امتحان ہوسکتا ہے، معائے مستقیم کے اندر کی انگلی جیب مذکور کی موخر دیوار کے ساتھ ساتھ بہت دور تک چلی جاتی ہے، مگر براستہ مہبل یہ صرف اس کے فرش تک ہی پہنچتی ہے (دیکھو شکل ۴)۔ پس رحمی ورم کی نوعیت کی وضاحت اکثر اوقات اس طریقہ سے کی جاسکتی ہے۔ مزید برآں رحمی عجزی رباطات بھی بآسانی محسوس کئے جاسکتے ہیں، اور ابتدائی درریزش بھی جیسی کہ



شکل ۹۱۔ فرگسن کا مہبلی منظار (فرگسنز ویجائینل سپیکولم)۔

135 سرطانِ عنق میں پائی جاتی ہے اس طریقہ سے شناخت کی جا سکتی ہے جو مہبل میں سے ظاہر نہیں ہوتی۔

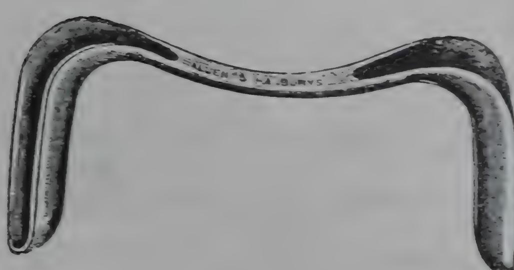


شکل ۹۲ ۔ فرگسن کے منظار کو داخل کرنے کا طریقہ۔ (عکسی تصویر سے۔)

علاوہ ازیں التہابی خلوی النصبابات اکثر اوقات معائے مستقیم کے ارد گرد راستہ بنا لیتے ہیں، اور اس کو ایک مثبت اور محکم حلقۂ تصلب سے کم و بیش مکمل طور پر محصور کر لیتے ہیں۔ اور سب سے آخر میں مستقیمی تضییق (rectal stricture)، سعدانوں (polypi)، بواسیر، برازی اجتماعات، اور اجسام غریبہ کے موجود ہونے کی سی حالتیں شناخت کی جا سکتی ہیں۔ بعض اوقات انگشتِ اشاریہ کو مہبل میں اور وسطی کو مبرز میں داخل کر کے دو دستی امتحان کرنا مفید ہوتا ہے (مستقیمی مہبلی تنکمی امتحان)۔ اس طرح ناقص حرکت پذیری کے خفیف مدارج شناخت کئے جا سکتے ہیں۔ اور حوضی ورم اور رحم کے تعلق کی تعیین کی جا سکتی ہے۔



شکل ۹۳۔ فرگسن کا منظار داخل کرنے کے بعد۔ (عکسی تصویر ہے۔)



شکل ۹۴۔ سمتس کا مہبلی منظار۔ 136

منظارات اور امتحان میں سہولت پیدا کرنے کے دیگر ذرائع۔ مہبلی منظار (vaginal speculum) اور کافی روشنی کی مدد سے مہبلی قنال اور عنق کا معائنہ بآسانی کیا جا سکتا ہے۔ مہبلی منظارات کی بہت سی قسمیں ہیں، لیکن یہاں پر صرف دو ہی کے بیان کی ضرورت ہے۔

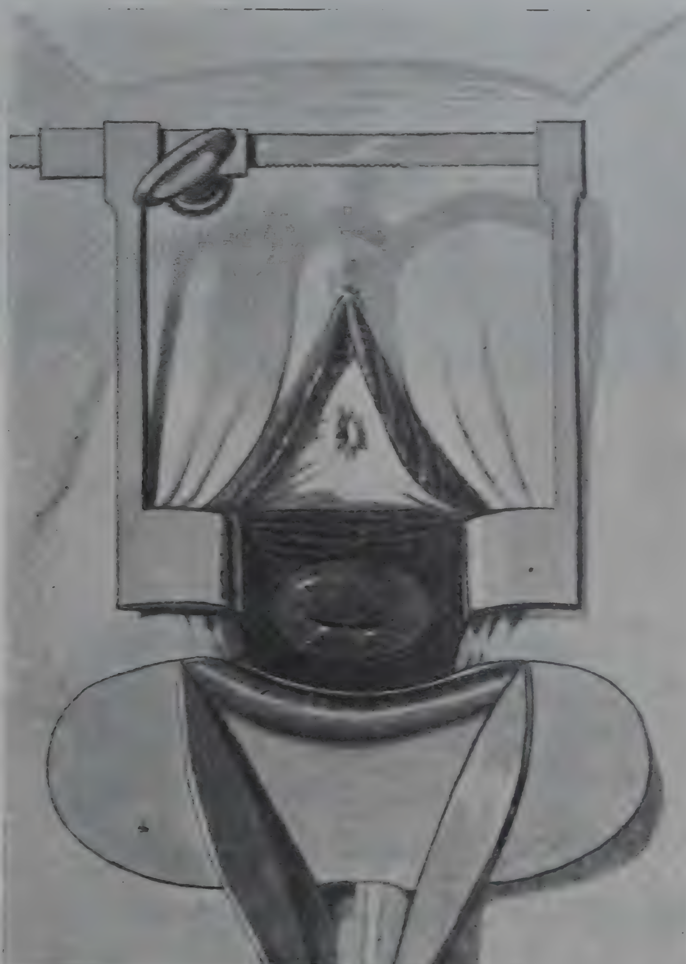


شکل ۹۵۔ وضعِ سمس میں منظار داخل کیا گیا ہے۔

ان میں سے مفید ترین "بط منقار" (duck-bill) یا سمس کا منظار (Sims's speculum) اور "انبوبی" (tubular) یا فرگسن کا منظار (Ferguson's speculum) ہیں۔

فرگسن کا منظار ولکانائٹ یا شیشہ یا دھات کی تقریباً ۶ انچ لمبی نلی ہوتا ہے جس کا بالائی سرا ترچھے رخ میں کٹا ہوتا ہے، اور اس کا زیریں سرا پھیلا ہوا اور ذرا باہر کی طرف کو مڑا ہوا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۹۱)۔ یہ منظار مختلف جسامتوں کا ہوتا ہے۔ سب سے چھوٹے منظار کا قطر تقریباً ۱ انچ ہوتا ہے، اور یہ عدیم الولادت عورتوں کے لئے موزوں ہے۔ اس اوزار کو (جسے پہلے پانی میں جوش دیکر کوئی عقیم یا دافع عفونت مدہن لگا لیا جاتا ہے) داخل کرنے کے لئے بائیں ہاتھ کی انگلیوں سے شفرتین صغیر کو ایک دوسرے سے اس حد تک علیحدہ کر لیا جاتا ہے کہ مہبلی دہنہ نظر آ سکے (دیکھو شکل ۹۲)۔

پھر اس کا بالائی ترچھا سرا فرج کے ساتھ اس طرح لگا دیا جاتا ہے کہ اس کی زیادہ لمبی طرف پیچھے کی طرف 137
کو ہوتی ہے۔ اس کے کنارے سے مہبل کی پچھلی دیوار کو آہستہ سے پیچھے دبا دیا جاتا ہے' اور ساتھ ہی پیچھے کے سرے کو اس طرح پکڑا جاتا ہے کہ یہ اوزار حوضی مخرج کے قبالتی محور میں واقع ہو (شکل ۹۳)۔ اس طریقہ سے مہبلی دہنہ اتنا تنیدہ ہو جاتا ہے کہ منظار کی اگلی چھوٹی طرف دہلیز پر سے بآسانی پھسل جاتی ہے۔ پھر منظار کو آہستہ سے اندر کی طرف کو دھکیل دیا جاتا ہے' اور اس کی لمبی طرف عنق کے



شکل ۹۶۔ عنق کو جبل اور اووآرڈ کے منظارات سے منکشف کیا گیا ہے۔

پیچھے سے موخر قبوہ میں پہنچا دی جاتی ہے۔ منظار کے بالائی سرے میں اب عنق منکشف ہو جاتی ہے، اور مہبل کی دیواریں نظر نہیں آتیں۔ منظار کو داخل کرتے یا نکالتے وقت مہبل کی دیواروں کے وہ حصے جو اس سے پرے ہوتے ہیں ایک دوسرے سے متماس دکھائی دیتے ہیں۔ یہ منظار ظہری اور جانبی ہر وضع میں بآسانی استعمال کیا جا سکتا ہے۔

سمس کا منظار شکل ۹۴ میں دکھایا گیا ہے۔ یہ ایک دوہرا اوزار ہے جو درمیان سے پکڑا جاتا ہے، اور اس کے دونوں سرے چمچہ کی شکل کے اور مختلف جسامتوں کے ہوتے ہیں، اور دستہ پر متعرض رخ میں لگے ہوتے ہیں۔ اس کے موجد میرئین سمس (Marion Sims) کے حسب خواہش
اس اوزار کو نیم مکبوب (semi-prone) یا سمس کی وضع میں استعمال کرنا چاہیئے، یعنی مریضہ 138
بائیں کروٹ پر لیٹی ہو، اور اس کا بایاں بازو اس کی کمر کے پیچھے ہو، اور رانیں اسطرح خمیدہ ہوں کہ دائیں بائیں کی نسبت زیادہ خمیدہ ہو (شکل ۹۵)۔ اس وضع میں دہنۂ مہبل کھل جاتا ہے، اور مہبل میں ہوا داخل ہو کر اسے متمدد کر دیتی ہے، اور رحم آگے کی اور نیچے کی طرف یعنی مقدم شکمی دیوار کی جانب گر جاتا ہے۔ منظار کا چمچہ نما سرا اس طرح داخل کر دیا جاتا ہے کہ اس کا بچھل مہبل کے مقدم موخر قطر میں ہو۔ پھر اس اوزار کو گردش دیکر مہبل کی موخر دیوار اس سے باز کشیدہ کر لی جاتی ہے، اور اس طرح مہبل کی تمام مقدم دیوار اور عنق منکشف ہو جاتی ہے۔ جب مہبلی دیواریں مرتخی ہوں (جیسا کہ سقوط کی حالتوں میں ہوتا ہے) تو مقدم دیوار اوزار کے اندر گر جاتی ہے، اور عنق کو نظر سے پوشیدہ کر دیتی ہے تاوقتیکہ اسے چمٹے سے پیچھے کی طرف نہ دبا دیا جائے۔ اس منظار کو جگہ پر قائم رکھنے کے لئے ایک مددگار کی ضرورت ہوتی ہے، مگر اس سے عنق اور دیوار ہائے مہبل کا منظر فرگسن کے منظار کی نسبت کم متغیر اور بہتر دکھائی دیتا ہے۔ اس منظار کو میتھی لیٹڈ سپرٹ میں ڈبونے اور اس سپرٹ کو جو اس کے ساتھ لگا رہ جاتا ہے جلانے سے بآسانی عقیم کیا جا سکتا ہے۔

عملیتی مقاصد کے لئے منظاروں کے وہ اقسام مفید ہیں جو بذات خود اپنی جگہ قائم رہتے ہیں، مثلاً جیل کا مہبلی باز کش (Jayle's vaginal retractor) اور اووارڈ کا وزن دار منظار (Auvard's weighted speculum)، مگر معمولی سریری امتحان کو سرانجام دینے کے لئے یہ ناموزوں ہیں۔

رحمی مجستہ (Uterine Sound)۔ یہ مفید اوزار ایک سلائی ہے جو کہفۂ رحم میں داخل کرنے کے لئے خاص طور پر ایجاد کی گئی ہے (دیکھو شکل ۹۷)۔ یہ خم پذیر دھات سے

بنا ہوتا ہے، تاکہ غیر طبعی حالات کے مطابق اِسے خمیدہ کیا جاسکے۔ اس کے سرے سے ½ ۱ انچ کے فاصلہ پر ایک چھوٹی سی گرہ ہوتی ہے جو رحمی کہفہ کے طبعی طول کی نشان دہی کرتی ہے۔ اور گرہ کے بعد اُس پر ایک ایک انچ کے فاصلہ پر کٹاؤ ہوتے ہیں۔ رحم میں داخل کرنے سے پیشتر مجسّہ کا جراحی نقطۂ نظر سے صاف ہونا ضروری ہے۔ پانی میں جوش دینے سے یا میتھی لیٹڈ سپرٹ میں ڈبو کر اُس سپرٹ کو جلانے سے جو اس کے ساتھ لگ جاتا ہے اسے خاطر خواہ صاف کیا جاسکتا ہے۔



پیمانہ ½

شکل، ۹ - رحمی مجسّہ -

مجسّہ کے استعمال سے مندرجۂ ذیل امور معلوم ہو سکتے ہیں:- (۱) رحمی کہفہ کا رخ اور طول۔ (۲) کہفہ کا اتساع (تطول کے علاوہ)، یہ مجسّہ کو رحم میں داخل کرکے اس کے دستہ کو آہستہ سے اس طرح پھرانے سے معلوم کیا جاتا ہے کہ اس کا سرا ایک قوس بنا دے۔ (۳) رحمی دیواروں کا کھردرا پن اور اُن کا نشیب و فراز۔ (۴) جسمی عنقی زاویہ کی چوڑائی کا اندازہ۔ (۵) رحم اور حوضی سلعہ کا تعلق، جبکہ قبل الذکر کی وضع اکیلے انگشتی امتحان سے معلوم نہ کی جاسکے۔ اگر مجسّہ کو باہر نکالنے پر اُس پر خون کی لکیر موجود ہو تو اس سے کوئی غیر طبعی حالت ظاہر نہیں ہوتی، لیکن اگر معتد بہ نزف واقع ہو تو یہ مرض، مثلاً سرطانِ رحم، کی امارت ہوتا ہے۔

عنقی قنال سے یہ اوزار عموماً احساسِ درد کے بغیر گذر جاتا ہے، لیکن اگر اس کا سرا قعر کے مخاطیہ کے ساتھ لگ جائے تو اکثر اوقات درد محسوس ہوتا ہے۔

مجسّہ (sound) کے استعمال میں متعدد خطرات ہیں جن کو ذہن نشین رکھنا ضروری ہے۔ اوّل اس اوزار کے عفونت زدہ ہونے سے یا اس کے ذریعہ سے مہبل یا عنق سے عفونتی مادہ کے کہفۂ رحم میں پہنچ جانے سے سرائت کا خدشہ ہوتا ہے۔ لہٰذا دیوارہائے مہبل اور عنق کا باحتیاط ملاحظہ کئے بغیر مجسّہ کا ہرگز استعمال نہ کرنا چاہئے۔ عنق کے تمام قائح اور بدبودار موادات اس کے استعمال کے موانع میں سے

ہیں۔ نیز اگر ماہواری ایام بغیر حیض کے گذر گئے ہوں اور اس سے استقرارِ حمل کا امکان ظاہر ہوتا ہو تو مجسّہ کے استعمال سے احتراز کرنا چاہئیے۔ بعض حالتوں، مثلاً جسم رحم کے خبیث سلعات کی موجودگی، میں رحم کی دیواریں خستہ ہوتی ہیں، اور ان میں اس سے بآسانی سوراخ ہو جاتا ہے، اور اس تثقب سے عفونتی التہاب باریطون (septic peritonitis) کے شدید خطرات لازمی طور پر پیدا ہو جاتے ہیں۔ عقیم مجسّہ سے تندرست رحم میں اتفاقیہ سوراخ ہو چکا ہے، مگر اس سے کوئی نقصان نہیں پہنچا۔



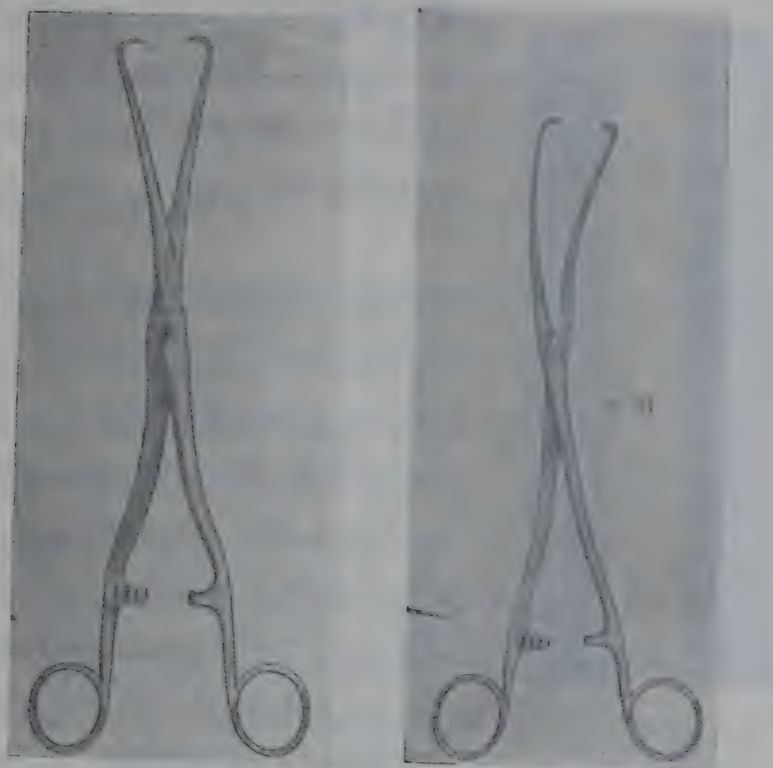
ب ا

شکل ۹۸۔ پلے فیر کی سلائی۔ (ا) روئی سے غیر ملبوس۔ (ب) روئی سے ملبوس اور استعمال کیلئے تیار۔

مذکورہ بالا خطرات سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ مجسّہ (sound) کے استعمال کے لئے دافع عفونت احتیاطوں کی ضرورت ہے، جو محض عملیوں کے دوران میں یا معدمِ حس کے زیر اثر امتحانوں ہی میں بخوبی سرانجام دی جا سکتی ہیں۔ لہٰذا بیرونی مریضوں کے مطب میں یا مشورہ دینے کے کمرہ میں اس اوزار کے روزمرہ استعمال کی تائید نہیں کی جا سکتی۔ عقیم کردہ مجسّہ کی دست ورزی اس طرح کرنا چاہئیے کہ عنق کے لیول سے نیچے تناسلی خطہ کے کسی حصہ سے بھی یہ چھونے نہ پائے۔ پہلے عنق کو منظار کی مدد سے منکشف کر لینا چاہئیے، اور اس کی سطح کو پلے فیر کی ملبوس سلائی (dressed Playfair's probe) (شکل ۹۸) سے صاف کر لینا چاہئیے۔ اگر رحمی مواد ات دکھائی دیں تو اس اوزار کو ہرگز استعمال نہ کرنا چاہئیے۔ خواہ مواد طبعی ہی کیوں نہ دکھائی دے، عنقی قنال کو آئیوڈین کی پھریری سے ضرور صاف کر لینا چاہئیے۔ اور پھر عقیم کردہ مجسّہ کو فم میں باحتیاط داخل کر کے قعر تک لیجانا چاہئیے۔ اگر ممکن ہو تو پہلے جسم رحم کی وضع کی دو دستی امتحان سے تحقیق کر لینا چاہئیے۔ مگر بعض حالتوں میں ایسا نہیں کیا جا سکتا، اور مجسّہ کو استعمال کرنے کی ایک وجہ یہ بھی ہے کہ جسم رحم کے رخ کی تعیین

کی جائے ۔

جو معلومات اس کے استعمال سے بہم پہنچتی ہیں ان میں سے بیشتر دو دستی امتحان سے



ب ا

شکل ۹۹۔ا متعدد دندانوں والا منتاش (ولسیلا) ۔ ب ۔ اکہرے دندانوں والا منتاش (ولسیلا) ۔

بھی حاصل کیجا سکتی ہیں ۔ اور مزاول فن موخرالذکر طریقہ میں جتنا زیادہ ماہر ہوگا مجسّہ (sound) 140
کے استعمال کی طرف وہ اتنا ہی کم رجوع کریگا۔

منتاش (Volsella) شکل (۹۹) لمبے دستے اور تیز دندانوں والا چمٹا ہے جو عنق کی حرکت پذیری معلوم کرنے، یا بعض مشکل حالتوں میں مجسّہ کو بآسانی داخل کرنے کیلئے

عنق کو پکڑ کر نیچے کی طرف فرج تک کھینچ لینے کیلئے استعمال کیا جاتا ہے۔ تندرست صاحبِ ولادت عورتوں میں عنق اس حد تک کھینچی جا سکتی ہے کہ فم خارجی موبج مہبل (introitus vaginæ) کے لبول تک آجاتا ہے اور مریضہ کو زیادہ درد محسوس نہیں ہوتا۔ سقوطِ رحم میں بہت زیادہ حرکت پذیری موجود ہوتی ہے، اور التہابی حالتوں میں، بار باط عریض کی خبیث درریزش میں، یا سلعاتِ رحم کی موجودگی کی حالت میں ناقص حرکت پذیری مکمل تثبیت کی حد تک پائی جاتی ہے۔

مواد وں اور بافتوں وغیرہ کا امتحان

یہ ظاہر ہے کہ بعض نسائیاتی مریضوں کا مکمل سریری امتحان کرنے کے لئے اُن موادوں یا بافت کے ٹکڑوں کا جو نسیجیاتی تشخیص کے لئے حاصل کئے گئے ہوں خردبینی اور جرثومیاتی امتحان بھی ضروری ہوگا۔ اس کے لئے سب سے بہتر یہ ہے کہ یہ کام سریری معمل کے سپرد کر دیا جائے، مگر ان نمونوں کو حاصل کرنے کے طریقوں کا ذکر کرنا ضروری ہے۔

جرثومیاتی امتحان کے لئے موادوں کو محتاط طریقوں سے حاصل کرنا چاہئے۔ مواد کا منبع معلوم کرنے کے بعد اسے حسب ضرورت عقیم منظار کی مدد سے منکشف کر لیا جاتا ہے، اور پلاٹینم کے عقیم تار سے مواد کا کچھ حصہ لیا جاتا ہے۔ اور اسکے فوراً بعد دو کاشتی نلیوں میں جن میں سے ایک اگر اگر (agar-agar) کی اور دوسری یخنی کے وسیط (broth medium) کی ہوتی ہے تعلیم کر دیجاتی ہے، اور تھوڑا سا مواد آلودی تجہیز (smear preparation) بنانے کیلئے شیشہ کے شریحہ (glass slide) پر لے لیا جاتا ہے تاکہ اسکی تلوین کی جا سکے۔ یہ سب کچھ معمل میں طیار کرنے اور نتائج سے مطلع کرنے کے لئے ارسال کیا جا سکتا ہے۔ یہ ضروری ہے کہ کاشتی نلیاں اسی وقت طیار کی جائیں کیونکہ کم قشبیت کے عضویئے جسم سے باہر نکالنے پر بہت جلد مر جاتے ہیں تاوقتیکہ ان کیلئے موزوں کاشتی وسیط بہم نہ پہنچایا جائے۔ حال ہی میں مہبل کے موادات میں ناہوا باش عضویات کی موجودگی پر بہت زور دیا گیا ہے۔

جرثومیاتی تحقیقات کے لئے کہفہ رحم میں سے پلاٹینم کے حلقہ کے ذریعہ سے مواد حاصل کرنا غیر ممکن ہے، اور اس کے لئے ایک خاص طریقہ کی ضرورت ہے۔ مریضہ کو سمس کی نیم مکبوب وضع (Sims's semi-prone position) میں لٹا دیا جاتا ہے، اور سمس کا منظار

داخل کرنے کے بعد عنق کا مقدم لب ایک غماش (volsella) سے پکڑ لیا جاتا ہے۔ اسکے بعد عنق اور اس کی قنال کی تعقیم کسی دافع عفونت محلول مثلاً ٹنکچر آئیوڈائی کے لگانے سے کر دیجاتی ہے، اور اگر یہ قنال کافی حد تک متسع ہو تو شیشہ کی ایک نلی ایک انچ تک اس میں داخل کر دیجاتی ہے۔ عقیم روئی کا ایک پھارا (swab) ایک دستہ پر لگا کر اس نلی میں سے براہِ راست کہفہ رحم میں گذار دیا جاتا ہے اس پھارے سے فوراً کاشتیں اور قلم بنائے جائیں، یا اسے شیشہ کی ایک نلی میں بند کر کے سیدھا امراضیاتی معمل میں بھیج دیا جائے۔ یہ ضرور ماننا پڑیگا کہ دورانِ مزاولتِ فن میں عنقی نلی کا استعمال نہیں
کیا جاتا، لیکن چونکہ قنالِ عنق کی مکمل تعقیم تقریباً غیر ممکن ہے اس لئے اس نلی کا استعمال ایک دانشمندانہ 141
احتیاط ہے۔ تحقیقات کے لئے کہفہ رحم میں سے سیال حاصل کرنے کا ایک اور طریقہ ڈوڈرلین (Döderlein) یا سیوال (Sival) کی شیشہ کی نلی کا استعمال ہے جس کا قطر بہ تنگ ہوتا ہے اور جو رحمی مجسہ (uterine sound) کی طرح خمیدہ ہوتی ہے۔ اس نلی میں افراز شعری کشش کی وجہ سے داخل ہو جاتا ہے، اور اس کا منہ بند کر کے اسے ماہر جرثومیات کے پاس بھیج دیا جاتا ہے۔

بافت کے ٹکڑوں مثلاً کھرچنوں (curettings) کو فوراً ۵ فیصدی فارمیلین (formalin) یا الکحل میں رکھ دیا جائے۔ اس محلول میں یہ دو تین دن خراب ہونے کے بغیر رہ سکتی ہیں۔ جرف (curettage) کی حالت میں تمام کھرچنوں کو معمل میں بھیج دینا چاہئے لیکن اس امر کے متعلق احتیاط کرنا چاہئے کہ ان کو نمک کے طبعی محلول سے دھو کر جتنا خون علیحدہ کیا جا سکے علیحدہ کر دیا جائے۔

خون کا امتحان۔ سرائتی اور التہابی حالتوں میں تشخیصی مقاصد کے لئے خون کا مکمل تفریقی شمار اکثر بہت مفید ہوتا ہے۔ عفونت الدم (septicæmia) میں سرائتی عضویے خون سے حاصل کئے جا سکتے ہیں۔ لیکن اگر کاشت پر یہ پیدا نہ ہوں تو اس سے نظامی سرائت مستثنیٰ قرار نہیں دیجا سکتی۔ خون میں صرف قبل از موت ہی عضویے بہت بڑی تعداد میں موجود ہوتے ہیں۔ مزید برآں خاص خاص صورتوں میں نوعی تعاملاتِ خون کی ضرورت ہوتی ہے، مثلاً آتشک کے لئے واسرمین کے امتحان کی، یا سوزاک کے لئے متمم تثبیتی امتحان (complement fixation test) کی، یا مرضِ کیسیہ (hydatid disease) کیلئے ترسیبی امتحان (precipitation test) کی۔

بولی نظام کا امتحان

ماہر امراض النسا کے مشاہدہ سے اکثر ایسی حالتیں مثلاً بوتل کے وظیفی اختلالات، التہابِ مثانہ (cystitis)، التہابِ حوضِ گردہ (pyelitis)، مثانہ میں خارجی اجسام کا وجود، سقوطِ مثانہ، ناسورِ مثانہ (vesical fistula) گزرتی ہیں، اور ان کے ساتھ تناسلی قنال کے ضررات اکثر موجود ہوتے ہیں۔ ان حالتوں کی تحقیق کرنے کے لئے سریری طریقوں مثلاً مثانہ بینی (cystoscopy) اور حالبین میں قاساطیر گذارنے کی ضرورت ہوتی ہے، مگر ان کے مفصل بیان کے لئے دوسری کتابوں کو دیکھنا چاہیئے۔

پیشاب کے جرثومیاتی امتحان کی ضرورت اکثر یہ دیکھنے کے لئے ہوتی ہے کہ آیا بولی خطہ کے بالائی حصہ میں سرایتی حالتیں مثلاً التہابِ حوضِ گردہ موجود ہیں یا نہیں۔ اس کام کیلئے جو نمونہ امتحان کیلئے لیا جائے اسے خاص احتیاط سے حاصل کرنا چاہیئے۔ ایک بوتل اور ایک کاگ، اور ایک قاساطیر کو دس منٹ تک جوش دینا چاہیئے تاکہ وہ بالکل عقیم ہو جائیں۔ پھر صاف ہاتھوں سے شفرتین کو علیحدہ کر کے دہلیز اور بہلی دہنہ کو پچاروں سے کسی دافع عفونت محلول مثلاً ۱۔۔۔۔۲ بن آئیوڈائیڈ آف مرکری (biniodide of mercury) سے صاف کیا جاتا ہے۔ اس کے بعد ایک پچارے کو اس محلول میں تر کر کے بہلی قنال کے صرف ابتدائی حصہ ہی میں داخل کر دیا جاتا ہے۔ پھر قاساطیر منفذ بول میں داخل کر دیا جاتا ہے۔ اور پیشاب ایک عقیم بوتل میں براہِ راست جمع کر لیا جاتا ہے جو عقیم کاگ کے ساتھ فوراً بند کر دیجاتی ہے۔ انجام کار اسے محفوظ کر کے معمل میں بھیج دیا جاتا ہے۔

شعاع نگاری

(RADIOGRAPHY)

نسائیات میں مریضوں کا امتحان کرنے کیلئے شعاع نگاری کے طریقوں کا استعمال بالعموم نہیں کیا جاتا، کیونکہ اعضائے حوض تنگ قاعدۃً تحقیقات کے زیادہ بلاواسطہ طریقوں ہی سے

بآسانی رسائی ہوسکتی ہے۔ اِس طریقۂ تشخیص کا جدید ترین استعمال فلوپی نلیوں کا انفتاح معلوم
کرنے کیلئے کیا جاتا ہے۔ جب دروں شکمی مرض کی تشخیص کیلئے استرواحِ باریطون (pneumo-
peritoneum) اول اول رائج ہوا تو گیس کو باریطونی تاجیہ میں پہنچانے کا یہ طریقہ تھا کہ
اس کو دباؤ کے زیرِ اثر رحم اور فلوپی نلیوں کے راستہ سے داخل کیا جاتا تھا۔ اس سے یہ بات 142
بھی فوراً ظاہر ہوگئی کہ اسی طریقہ کو ایک طرف تو فلوپی نلیوں کے انفتاح کا اور دوسری طرف
انکی مسدودیت کا مظاہرہ کرنے کے لئے بھی استعمال کیا جا سکتا ہے۔ اس طریقہ کی مدد سے
معتد بہ تحقیقات کی جا چکی ہے اور اب اس کی اہمیت بطور طریقۂ تشخیص بخوبی تسلیم کی جا چکی ہے۔
جس ترکیب سے انبوبی نفوخ (tubal insufflation) کیا جاتا ہے اس کا بیان کسی آئندہ
باب میں دیا گیا ہے (دیکھو عقم صفحات 206 و 208)۔

کہفۂ رحم میں ہوا یا کاربن ڈائی آکسائیڈ کی بجائے ایسے محلولات کا اشراب کیا جا چکا ہے جو لا شعاعوں کے لئے غیر شفاف ہیں، جیسا کہ "لپائیوڈال" (lipiodol) کا محلول۔ اس کے بعد حوض کی شعاع نگاری کی جاتی ہے تاکہ یہ معلوم ہو جائے کہ آیا یہ مادہ کسی ایک نلی میں یا دونوں نلیوں میں اٹک کر رہ گیا ہے، جس سے شکمی دہنہ کی مسدودیت ظاہر ہوگی، یا یہ نلیوں میں سے بغیر کسی رکاوٹ کے گزر کر حوض میں منتشر ہو گیا ہے، یا نیچے جا کر ڈگلس کی جیب کے فرش پر بیٹھ گیا ہے۔ اس امر کا دعویٰ بھی کیا جاتا ہے کہ اس طریقہ سے نہ صرف تسدّد کا وجود ہی شناخت کیا جا سکتا ہے (شکل ۱۰۰) بلکہ اِس کا صحیح صحیح محل وقوع بھی معلوم کیا جا سکتا ہے۔ یہ طریقہ اس نقطۂ نظر سے گو یقینی طور پر مفید ثابت ہوتا ہے لیکن صرف اداری مطب ہی کے لئے موزوں ہے۔ مزید برآں یہ خیال بھی حال ہی میں پیش کیا گیا ہے کہ فلوپی نلی میں مادۂ غریبہ کا اشراب خطرہ سے خالی نہیں، اور ممکن ہے کہ اس سے تحت الحاد التہابی ضررات پیدا ہو جائیں، جن کے باروری (fertility) میں خلل انداز ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ گیسی نفوخ کی مدد سے صرف اتنا معلوم ہو سکتا ہے کہ آیا نلیاں منفتح ہیں یا نہیں۔ اور جو کچھ معلوم کرنا ضروری ہوتا ہے وہ بھی صرف اتنا ہی ہے۔ یہ طریقہ علاوہ اسکے کہ اس کا استعمال عام طور پر کیا جا سکتا ہے کافی آسان اور معتبر بھی ہے، اور اس لئے اس کا شمار تشخیص کے مسلمہ طریقوں میں کرنا چاہئے۔

زنانہ اعضائے حوض کے امراض میں شعاع نگاری (radiography) کا دوسرا استعمال یہ ہے کہ اِس سے رحم اور مثانہ میں داخل کئے ہوئے اجسامِ غریبہ معلوم کئے جا سکتے ہیں،

اور دویری مسخوطی سلعہ (cystic teratoma) جس میں دانت یا ہڈیاں ہوتی ہیں، اور رحم کے لیفی عضلی سلعات (fibro-myomata)، اور حالب اور مثانہ کے حصیات (calculi) کی تحقیقات کی جا سکتی ہے، اور کبھی کبھی متحجر جنین (lithopædion) کی تشخیص میں بھی اِس سے مدد لی جا سکتی ہے۔

اگر حالب کے ممر میں حصیات دکھائی دیں تو اِن کو وریدی حصیات (phleboliths) یا متکلس یا فتہ لمفی غدد سے خلط ملط نہ کرنا چاہئے، اور بعض مثالوں میں تکمیلِ تشخیص کے لئے رحم میں قاساطیر کا گذارنا یا "یوروسی لیکٹان" (uroselectan) کے ذریعہ سے حالبین کی شعاع نگاری کرنا ضروری ہوتا ہے۔

حصّہ دوم

عمومی امراض النسا

144

حصۂ دوم - باب اول

نمو کے فتورات

تشوہات

(MALFORMATIONS)

بحث اسباب۔ زنانہ تناسلی اعضا کے تشوہات کی زیادہ تعداد خلقی یعنی قبل الولادت ہے۔ اِن میں سے بعض کا تعلق حمل کے ابتدائی مہینوں سے ہوتا ہے، جیسا کہ کاذب خنثیت (pseudohermaphroditism) اور رحم اور مہبل کے تضاعف کا۔ اور بعض غالباً بہت دیر کے بعد نمودار ہوتے ہیں، مثلاً فرج کی مسدودیت کے مختلف اقسام۔ دیگر تشوہات بعد الولادت ہیں، اور نمو کے طبعی تغیرات کے جو دوران طفولیت اور سنِ بلوغ میں واقع ہوتے ہیں غیر مکمل رہ جانے سے پیدا ہوتے ہیں۔ انکی مثالیں رضیعی رحم (uterus infantilis) اور بلوغی رحم (uterus pubescence) میں پائی جاتی ہیں، جن میں جنینی اوصاف ممیزہ کی تبدیلی بلوغی اوصاف ممیزہ میں غیر مکمل رہ جاتی ہے۔ نقائصِ نمو اکثر اوقات متعدد ہوتے ہیں اور مختلف نظامات اور ایک ہی نظام کے مختلف حصوں پر اثر انداز ہوتے ہیں۔

جو تسبیبی امور تشوہات کی پیدائش سے تعلق رکھتے ہیں ان کے متعلق ہمیں کچھ علم نہیں۔ حال ہی کے تجربات سے یہ ظاہر ہوا ہے کہ بیضہ کے نمو کا عمر "فی الزجاجہ" (in vitro) تغذیہ کے اختلالات اور خفیف خرتبی اثرات سے ایک بہت بڑی حد تک تبدیل ہو جاتا ہے۔ چنانچہ مینڈکوں کے بیضوں کو مختلف دھاتوں مثلاً لیتھیم، سٹرانشیم اور کیلسیم کے نمکوں کے بہت

رقیق ارتکازات میں رکھنے سے شوکہ مشقوقہ (spina bifida) اور عدم دماغی (anencephalus) وغیرہ کے سے بڑے بڑے تشوہات کا پیدا کرنا ممکن ہے۔ لہٰذا قدرتی افرازات مثلاً رحم کے افراز کا جو اثر انسانی بیضہ پر نمو سے قبل ہوتا ہے وہ دلچسپی سے خالی نہیں، اور اس سے اس قدیم نظریہ کی از سر نو تائید ہوتی ہے کہ "نا تندرست درون رحم" نہ صرف اسقاط ہی کا باعث ہو سکتا ہے، بلکہ بعض خلقی تشوہات کا موجب بھی ہو سکتا ہے۔ طبعی نمو کے دوران میں ایسی حالتوں کے عمل میں آنے کے متعلق کوئی بلاواسطہ ثبوت حاصل کرنا اگرچہ ناممکن نہیں لیکن مشکل ضرور ہے۔ سریری مشاہدات سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ وراثت اور والدینی آتشک ہی محض ایسی کیفیتیں ہیں جن سے اس قسم کے غیر مساعد اثرات جائز طور پر منسوب کئے جا سکتے ہیں جن سے نمو متاثر ہوتا ہے۔ موخر الذکر کا مشہور و معروف اثر جس سے قبل الولادت موت واقع ہوتی ہے اس امر کی سب سے بڑی دلیل ہے کہ نمو کے طبعی عمر سے منصرف ہو جانے کا ممکن سبب آتشک ہی ہے۔

رحم، مہبل، اور فرج کے تشوہات

رحم دو ملری قناتوں کے وسطی حصہ سے جن کے باہمی اتحاد سے ایک نلی طیار ہوتی ہے نمو پاتا ہے۔ اسی طرح مہبل بھی انہی قناتوں کے زیرین یا ذنبی حصوں سے طیار ہوتی ہے۔ تشوہات کی زیادہ تعداد کسی نہ کسی درجہ پر طبعی عملِ اتحاد کے رک جانے سے رونما ہوتی ہے جس سے ایک مابینی ترتیب دائمی طور پر باقی رہ جاتی ہے۔ بعض اوقات اس قسم کی رکاوٹ سے ملری قناتوں کے تمام رحمی اور مہبلی قطعے متاثر ہو جاتے ہیں، اور بعض اوقات اس کا اثر ان کے ایک حصہ تک ہی محدود رہتا ہے۔ علاوہ ازیں دونوں طرفوں میں غیر مساوی نمو بھی واقع ہو سکتا ہے۔ ایک طرف کا نشوونما نامکمل رہ جاتا ہے، اور دوسری طرف پہلی طرف کی مکمل مشارکت کے بغیر ہی اپنے نشوونما کے طبعی عمر کو حتی الامکان جاری رکھتی ہے۔ تشوہات کی ایک عام ترین مثال یہ ہے کہ دوران نمو میں ایک اہم جزو نامکمل رہ جاتا ہے، یعنی دونوں قناتوں میں اتحاد واقع نہیں ہوتا، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سالم رحم اور مہبل، یا ان کے کچھ حصے متضاعف ہو جاتے ہیں۔

مستزاد رحم (Accessory Uterus)۔ یہ نقص نادر الوقوع ہے، اور دوسرے رحم (محض جسم) کی موجودگی پر مشتمل ہوتا ہے جس کے ساتھ ضمیمے (adnexa) یا مہبل نہیں ہوتی

اور اس لحاظ سے یہ متضاعف رحم کے متذکرۂ ذیل مختلف اقسام سے تمیز کیا جاتا ہے۔

رحم کا عدم وجود اور ناقص نمو۔ رحم کا مکمل عدم وجود اگر کبھی پایا بھی جاتا ہے تو نہایت نادر الوقوع ہے۔ اس کے جو واقعات درج کئے گئے ہیں وہ غالباً کاذب خنثیت کی مثالیں ہیں، (دیکھو نیچے)۔ نمو کا نمایاں ترین نقص ناقص النمو رحم (uterus rudimentarius) کے نام سے موسوم ہے، جو عضلی اور لیفی بافت سے مرکب ہوتا ہے، اور جس کا جسم یا تو ٹھوس ہوتا ہے اور یا اس میں ایک بہت غیر مکمل قنال ہوتی ہے بعض اوقات رحم میں ایسے خواص باقی رہ جاتے ہیں جو بوقت پیدائش طبعی ہوتے ہیں، بالفاظ دیگر رحم کا نمو زمانۂ شیر خوارگی میں ترقی نہیں کرتا جنینی رحم (uterus fœtalis) یا رضیعی رحم (uterus infantilis) ۔ اس قسم میں عنق رحم جسم رحم کے مقابلہ میں زیادہ لمبی اور زیادہ موٹی اور تقریباً مخروطی ہوتی ہے۔ اس عضو کا تمام طول ۱ تا ۱½ انچ ہوتا ہے، اور جسم اور عنق کی غشائے مخاطی مستعرضاً شکن دار ہوتی ہے۔ نیز قلوبی نلیاں اور مہبل بھی عموماً ناقص النمو ہوتی ہیں بعض اوقات اس کا نمو سن بلوغ کے طبعی تغیرات کے نمودار ہونے سے قبل ہی رک جاتا ہے، جس سے بلوغی رحم (uterus pubescens) پیدا ہوتا ہے۔ اس قسم میں جسم اور عنق کا طول تقریباً مساوی ہوتا ہے، اور تمام عضو جسامت میں چھوٹا ہوتا ہے۔ نلیاں اور مہبل بھی عام طور پر اس نقص میں شریک ہوتی ہیں۔

نمو رحم کے سابق الذکر نقائص عمل حیض کے کم و بیش مکمل فقدان کا باعث ہوتے ہیں۔ بلوغی رحم کے موجود ہونے کی حالت میں حیض بعض اوقات قلیل مقدار میں اور بے قاعدہ طور پر آتا ہے۔ ناقص نمو کے دوسرے دونوں شدید تر اقسام میں مطلق بے طمثیت پائی جاتی ہے۔ جن عورتوں میں یہ نقائص موجود ہوتے ہیں انکی حالت دیگر لحاظات سے طبعی ہوتی ہے، اور وہ اکثر اوقات شادی بھی کر لیتی ہیں۔ انکی تشخیص معدم حس کے زیر اثر محتاط امتحان کرنے سے کیجا سکتی ہے جبکہ رحم کی چھوٹی جسامت دو دستی امتحان اور مجسّہ (sound) کے ذریعہ سے معلوم کی جا سکتی ہے یہ امر یاد رکھنا چاہیئے کہ ان حالتوں میں بعض اوقات عنق پوری جسامت کی معلوم ہوتی ہے، لیکن خاص توجہ جسم رحم ہی کی طرف کرنا چاہیئے۔

عنق کا کم تکون اور بے انثقابی (Hypoplasia and Atresia of the Cervix) - اس حالت میں قنالِ عنق بعض اوقات بالکل پیدا نہیں ہوتی، اور عنق کی جگہ لیفی اور عضلی بافت کا ایک ٹھوس کُندہ موجود ہوتا ہے۔ جزوی اقسام زیادہ عام ہیں جن میں قنال صرف ایک ہی مقام پر مسدود ہوتی ہے، اور ایسی بدشکلی کا عام ترین محل وقوع تنگ نائے (isthmus) ہے۔ بعض اوقات جزوی بے انثقابی کی حالت میں ایک قنال موجود ہوتی ہے جس میں ایک باریک سلائی داخل ہو سکتی ہے۔

یہ حالتیں سریری نقطۂ نظر سے اہم ہیں کیونکہ ان سے رحمی اجتماع الدم (hæmatometra) اور انبوبی اجتماع الدم (hæmatosalpinx) پیدا ہوتے ہیں۔ لہٰذا ایسی بدشکلی کی اصلاح کرنے کی ضرور کوشش کرنا چاہیئے۔ اور اس کے لئے زیادہ پسندیدہ طریقہ شکمی عملیہ ہی ہے، جس میں مثانہ کو اچھی طرح سے علیحدہ کرنے کے بعد تنگ نائے کو سامنے لے آتے ہیں۔ پھر کہفۂ رحم کو مقام تسدّد کے اوپر کھول دیا جاتا ہے، اور ہبل کو اس کے نیچے سے۔ بعد ازاں اُس ساخت کا جو ان کے درمیان حائل ہوتی ہے استیصال کر دیا جاتا ہے، اور رحم کی غشائے مخاطی ہبل کی غشائے مخاطی سے ملا دی جاتی ہے۔ اس عملیہ کا بدل یہ ہے کہ بہ صیانت مبیضین رحم کا استیصال کر دیا جائے۔

بے انثقابِ عنق کی ایک قلیل الاہمیت قسم وہ ہے جو سوزنی فم رحم معہ عنق مخروطی (pin-hole os with conical cervix) کے نام سے تعبیر کی جاتی ہے۔ ان حالتوں میں عنق کا ہبلی حصہ اسطوانہ نما ہونے کی بجائے اپنی طبعی جسامت سے چھوٹا ہوتا ہے، اور معکوس مخروط کی شکل کا ہوتا ہے، اور فم خارجی زاویۂ راس پر واقع ہوتا ہے۔ عنق کی یہ حالت مبیض خمیدہ جسم اور اکثر زیر طبعی جسامت کے ساتھ پائی جاتی ہے۔ سریری طور پر عسر الطمث (dysmenorrhœa) اور عقم (sterility) ایسے مریضوں میں اکثر پائے جاتے ہیں۔ عنق کی غیر طبعی شکل اور جسامت کی بلاواسطہ اہمیت کم ہے، مگر یہ حالتیں اس امر پر دلالت کرتی ہیں کہ رحم کے ناقص نمو کی ایک عمومی حالت موجود ہے۔

146

ان حالتوں میں، اور نیز ایسی مثالوں میں بھی جن میں عنق کا ہبلی حصہ دوسرے لحاظات سے طبعی ہوتا ہے، فم خارجی قاعدۃً غیر طبعی طور پر چھوٹا ہوتا ہے۔ اس فم کی جو غیر طبعی طور پر صغیر الجسامت ہوتا ہے شکل گول ہوتی ہے، اور اکثر اوقات اسے "سوزنی فم رحم" (pin-hole os)

کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ اگرچہ اسکی جسامت پن چبھن (pin-prick) سے بڑی ہوتی ہے، لیکن مجسّہ رحم (uterine sound) کا سِرا داخل کرنے کیلئے بہت چھوٹی ہوتی ہے۔ کبھی کبھی فمِ داخلی بھی غیر طبعی طور پر چھوٹا ہوتا ہے، مگر مجسّہ رحم کا سرا اس میں سے قاعدۃً بآسانی گذر جاتا ہے گو بعض اوقات معتد بہ دقت بھی پیش آتی ہے، اور عنق اسے مضبوطی سے پکڑ لیتی ہے۔



شکل ۱۰۱۔ صغیر الجسامت خمیدہ رحم (small flexed uterus) (حلزونہ نما رحم cochleate uterus:) کی سہمی تراش۔ صغیر الجسامت ناقص النمو عنق جسم رحم پر حاد طور پر خمیدہ ہے، جو خود بھی صغیر الجسامت ہے۔ فم خارجی کا رخ آگے کی طرف کو مثانہ کے قاعدہ کی طرف ہے۔

رحم کی ناقص التکوین حالتوں کے ساتھ جسم رحم کی یا عنق کی یا دونوں کی خمیدگی بالعموم پائی جاتی ہے۔ یہ بدشکلی عموماً عنق کی حاد پیش خمیدگی کی شکل میں موجود ہوتی ہے، اور ساتھ ہی عنق کا مقدم لب ناقص النمو ہوتا ہے۔ یہ تشوہ (malformation) "حلزونہ نما رحم" (cochleate uterus) کے نام سے موسوم ہے، مگر اس کا بہتر نام شائد "صغیر الجسامت خمیدہ رحم" (small flexed uterus) ہوگا (شکل ۱۰۱)۔ عنق کی جسامت ہمیشہ چھوٹی ہوتی ہے، اور یہ آگے کی طرف کو حاد طور پر خمیدہ ہوتی ہے اور تقریباً اسطوانہ نما ہونے کی بجائے کم و بیش تکیلی یا مخروطی ہوتی ہے۔ فم خارجی کی جسامت بھی طبعی جسامت سے چھوٹی ہوتی ہے۔ اس حالت کو بھی

کی ایک خفیف (hypoplasia) جس میں رحم چھوٹا ہوتا ہے مگر خمیدہ نہیں ہوتا رحم کے کم تکوّن
چھوٹا (portio) "شکل ضرور تصور کرنا چاہئیے۔ یہ اکثر پس گردیدہ ہوتا ہے اور "مہبلی حصّہ
ہوتا ہے، مگر اس کے دوسرے خواص طبعی ہوتے ہیں، اور مہبلی قبوے نسبتہً وسیع اور فراخ
ہونے کی بجائے تنگ اور دبے ہوئے ہوتے ہیں۔ اِس قسم کے رحم بعض اوقات اُن عورتوں
میں پائے جاتے ہیں جنکی صحت بہت اچھی ہوتی ہے اور جو جسمانی ورزش کی شائق ہوتی ہیں۔ رحم
کے کم تکون اور اسکی بے انتقابی سے تعلق رکھنے والے چھوٹے چھوٹے نقائص سریری طور پر
اہم ہیں، کیونکہ ان کے ساتھ حیضی درد اور عقم جیسے فعلی فتورات اکثر پائے جاتے ہیں (دیکھو
صفحہ 183 و 204)- 147

تضاعف رحم (Duplication of the Uterus)

متضاعف رحم کی ہمیں چھ قسمیں معلوم ہیں جو اشکال ۱۰۲ تا ۱۰۷ میں ظاہر کی گئی ہیں۔ بعض اوقات ہر ایک ملری
قنات دوسری سے کسی قسم کا تعلق رکھنے کے بغیر نشوونما پاتی ہے، اور اپنی رفیق نلی سے علیحدہ
رہتی ہے اور اِن میں اتحاد بالکل واقع نہیں ہوتا۔ اس بے قاعدگی سے دو رحم پیدا ہو جاتے ہیں
جن کا سوائے عنقی مہبلی مقام اتصال کے آپس میں اور کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ یہ حالت رحم مضاعف
(uterus didelphys) کے نام سے موسوم کی گئی ہے (دیکھو شکل ۱۰۲)۔ ایسی حالتوں میں
مہبل میں بھی دو علیحدہ علیحدہ قنالیں ہوتی ہیں جو ایک دوسرے سے ایک وسطی فاصل کے ذریعہ
سے جدا ہوتی ہیں، اور ہر ایک میں ایک ایک طبعی عنق اور ایک ایک فم خارجی پایا جاتا ہے۔ فرج
ایک ہی ہوتی ہے، اور پردۂ بکارت بھی قاعدۃً ایک ہی ہوتا ہے۔ دونوں رحموں کے درمیان جو
درز باقی رہ جاتی ہے اس میں سے اکثر بارطیون کا ایک دہراؤ گذرتا ہے جو مثانی مستقیمی رباط
(vesico-rectal ligament) کے نام سے موسوم ہے۔ رحم مضاعف (uterus
didelphys) کے ایک واقعہ کا اندراج کیا جا چکا ہے جس میں ہر ایک رحم دو جانبی اربی فتق
(bilateral inguinal hernia) کے تاجہ میں داخل ہو گیا تھا۔ کسی ایک طرف کی عنق یا
مہبل کے کسی حصہ میں کبھی کبھی بے انتقابی (atresia) پائی جاتی ہے۔ ہر نصف تقریباً اسطوانہ
نما ہوتا ہے، اور باقاعدہ طور پر نمو یافتہ عضو کی ناشپاتی نما مخصوص شکل دونوں قناتوں
کے اتحاد کا نتیجہ ہوتی ہے۔

بعض حالتوں میں ملری قناتوں کے رحمی حصوں کے بالائی حصّے علیحدہ علیحدہ رہتے ہیں،

اور زیریں حصے نامکمل طور پر متحد ہو جاتے ہیں جس سے متقابل کی دیواریں مل جاتی ہیں، اوران کے درونے ایک دوسرے سے علیحدہ رہتے ہیں۔ عنق محض ایک ہی ہوتی ہے، لیکن ایک وسطی فاصل کے



شکل ۱۰۲۔ رحم مضاعف (uterus didelphys)۔ دو رحم بنجاتے ہیں جو ایک دوسرے سے ایک گہری تجویف سے علیحدہ ہوتے ہیں جو نیچے کی طرف عنقی مہبلی مقام اتصال تک چلی جاتی ہے۔ دو واضح مہبلی قنالیں موجود ہوتی ہیں جن میں سے ہر ایک میں ایک ایک مکمل عنق موجود ہوتی ہے۔



شکل ۱۰۳۔ دو قرنی دو عنقی رحم (uterus bicornis bicollis)۔ عنق اور جسم رحم کے زیریں حصہ میں اتحاد واقع ہو چکا ہے، لیکن یہ غیر مکمل ہے کیونکہ ان کے درونے واضح ہیں۔ مہبل ایک وسطی فاصل کے ذریعہ سے دو حصوں میں منقسم ہے جو اوپر کی طرف عنق کے اندر تک چلا گیا ہے

ذریعہ سے دو حصوں پر منقسم ہوتی ہے، مزید برآں مہبل بھی بالعموم متضاعف ہوتی ہے۔ اس قسم کو دو قرنی دو عنقی رحم (uterus bicornis bicollis) کہا جاتا ہے (دیکھو شکل ۱۰۳)۔ اور اس کا عمومی خاکہ رحم مضاعف (uterus didelphys) سے زیادہ تر اس لحاظ سے مختلف ہوتا ہے کہ اس کے دونوں نصفوں کے درمیان کی درز کم گہری ہوتی ہے۔ بعض اوقات ملری قناتوں کے زیریں حصوں کا اتحاد اور آگے بڑھ جاتا ہے، اور ایک غیر منقسم عنق اور مہبل بنجاتی ہے

148



شکل ۱۰۴۔ دو قرنی یک عنقی رحم (uterus bicornis unicollis) ۔ کہفۂ رحم دہرا ہے۔ اور عنق اور مہبل میں صرف ایک ہی کہفہ ہے۔ رحم کے زیرین نصف میں اتحاد مکمل ہو گیا ہے۔



شکل ۱۰۵۔ رحم منقسم (uterus septus)۔ اتحاد ہر جگہ غیر مکمل ہے، لیکن رحم کی ظاہری بناوٹ طبعی ہے۔ اس کا کہفہ ایک وسطی فاصل سے منقسم ہو گیا ہے جو مہبل میں چلا آتا ہے۔

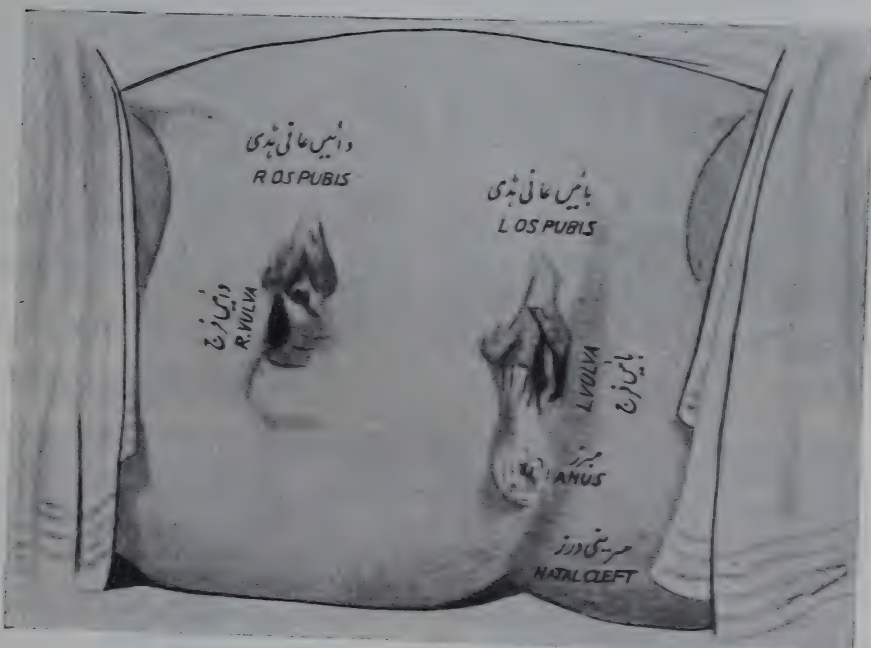


شکل ۱۰۶۔ رحم نیم منقسم (uterus subseptus)۔ اسمیں اور شکل ۱۰۵ میں صرف اتنا فرق ہے کہ اس میں فاصل فم داخلی کے لیول سے اوپر ختم ہو گیا ہے۔ عنق اور مہبل ایک ہیں۔



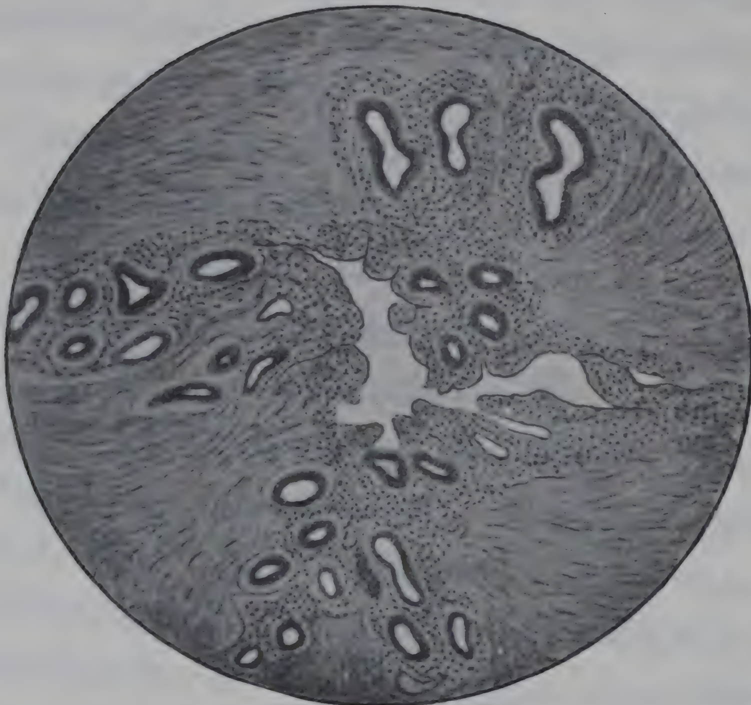
شکل ۱۰۷۔ یک قرنی رحم (uterus unicornis) جسکے ساتھ دوسرا ناقص المنو قرن بھی موجود ہے۔

اور جسم رحم فم داخلی کے لیول سے اوپر تک متضاعف ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں مہبلی امتحان کرنے پر عنق اور مہبل طبعی معلوم ہوتے ہیں۔ رحمی جسموں کی درمیانی درز شاذ و نادر ہی اتنی نمایاں ہوتی ہے کہ دو دستی امتحان میں اس کی طرف توجہ مبذول ہو سکے۔ تاہم بعض اوقات مجسّہ کے استعمال سے دو منفرج کیفے شناخت کئے جا سکتے ہیں۔ یہ قسم دو قرنی ایک عنقی رحم (uterus bicornis unicollis) کے نام سے تعبیر کی جاتی ہے (دیکھو شکل ۱۰۴)۔

149 

شکل ۱۰۸۔ اعضائے تناسل کا تضاعف۔ (جیل اور پیٹرسن۔)

دوسری قسموں میں اتحاد اس حد تک پہنچ جاتا ہے کہ ایک واحد عضو بن جاتا ہے جس کی شکل رحم کی میز شکل کی طرح ناشپاتی نما ہوتی ہے، لیکن درونے ایک وسطی فاصل کے ذریعہ سے مکمل یا جزوی طور پر ایک دوسرے سے علیحدہ رہتے ہیں۔ ان کو رحم منقسم (uterus septus) اور رحم نیم منقسم (uterus subseptus) کے ناموں سے موسوم کیا گیا ہے (دیکھو شکل ۱۰۵ و ۱۰۶)۔ قبل الذکر قسم میں فاصل قعر سے لے کر فم خارجی تک چلا جاتا ہے،



شکل ۱۰۹۔ یک قرنی رحم (uterus unicornis) کی دیوار میں سے مستعرض تراش۔
یہ تراش عضلۂ رحم کی ایک موٹی تہ کو ظاہر کرتی ہے جس میں مخاطیہ گہرا نفوذ کر گیا ہے۔
اس حالت میں صرف ایک ملری قنات نمو یاب ہوئی ہے، اور زائد قرن موجود نہیں تھا۔

اور بعض اوقات مہبل میں بھی پہنچ جاتا ہے۔ موخر الذکر میں یہ فمِ داخلی کے میول پر یا اُس کے 60
قریب ہی ختم ہو جاتا ہے۔ عنق اور مہبل محض ایک ایک ہی ہوتی ہے۔ ان حالتوں میں جسم رحم کی
شکل میں کوئی ایسی چیز نہیں ہوتی جو مذکورہ غیر طبعی حالتوں کی طرف توجہ دلائے۔
اخیر میں یہ ممکن ہے کہ ایک ملری قنات بالکل غیر نمو یافتہ رہے۔ اس حالت میں ایک انبوبی رحم
طیار ہو جاتا ہے جس کا میلان ایک طرف کو زیادہ ہوتا ہے۔ یہ یک قرنی رحم (uterus
unicornis) کہلاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں اکثر اوقات مقابل کی قنات ناقص النمو رہ جاتی ہے،
اور ایک لیفی حبل یا بند کی شکل میں پائی جاتی ہے جس میں عام طور پر ایک غیر مکمل قنات ہوتی ہے،

اور یہ یک قرنی رحم کی ایک طرف سے چپکی ہوتی ہے (دیکھو شکل ۱۰۷)۔ ایسی حالتوں میں بعض اوقات ناقص النمو ملری قنات کی طرف کی فلوپی نلی بخوبی نمو یافتہ ہوتی ہے، لیکن ناقص النمو قرن شاذونادر ہی کہفۂ رحم سے ربط وراہ رکھتا ہے۔ اس قسم کے ناقص النمو قرن میں کبھی کبھی خارج الرحم حمل واقع ہو جاتا ہے۔ حیوانات منویہ مقابل کی نلی سے نقل کر کے ڈگلس کی جیب کو عبور کرنے کے بعد اس میں پہنچ جاتے ہیں۔ ناقص النمو قرن کی غشائے مخاطی عضلی ہیکل میں گہر انفوذ کئے ہوتی ہے (دیکھو شکل ۱۰۹)۔

متضاعف رحم کے یہ چھ مسلمہ اقسام ملاننگ وشبہ ملری قناتوں کے مقابل کے حصوں کے طبعی عمل اتحاد کے کسی نہ کسی درجہ پر رک جانے سے ظہور پذیر ہوتے ہیں۔ تضاعف کی ایک اور قسم بھی پائی جاتی ہے جس کی محض ایک ہی مثال درج کیجا چکی ہے (جیمل Gemmel: اور پیٹرسن Paterson:)[1]۔ اس میں تضاعف مکمل ترین ہوتا ہے، اور سابق الذکر اقسام کی نسبت یہ نمو کے بہت ابتدائی درجہ پر ہی پیدا ہو جاتی ہے۔ اس مثال میں نمو کی مندرجہ ذیل غیر طبعی حالتیں موجود تھیں۔ (ا) عمود فقری کا زیرین حصہ جزوی طور پر دو حصوں میں منقسم تھا۔ (ب) بہت بڑا اور چوڑا استخوانی حوض موجود تھا۔ (ج) دو رحم تھے جو جانبی میلان کی وجہ سے ایک دوسرے سے بالکل علیحدہ علیحدہ تھے۔ (د) دو مہبلیں اور دو فرجیں تھیں۔ (س) دو مبال اور دو مثانے تھے۔ اس عورت کو ہر ایک تناسلی قنال سے جو ایک دوسرے سے ممیز تھیں بچہ پیدا ہوا تھا۔ یہ بدشکلیاں غالباً مضغہ کی ابتدائی عمر میں اس کے ذنبی سرے کی جزوی دوئیت (dichotomy) سے پیدا ہوئی ہونگی (دیکھو شکل ۱۰۸)۔

تضاعف رحم کے سریری خواص۔ مضاعف رحم اگرچہ شکلیاتی نقطۂ نگاہ سے بہت دلچسپ ہیں لیکن ان کی سریری اہمیت کم ہے۔ وظیفی طور پر یہ مکمل اعضا ہوتے ہیں، اور عمل حیض اور استقرار حمل طبعی طور پر واقع ہوتا ہے، جس سے کسی خلاف قاعدہ حالت کی موجودگی کا کوئی شبہ نہیں ہوتا۔ جریان حیض رحم کے دونوں نصفوں میں سے ہوتا ہے۔ اگر ایک نصف میں استقرار حمل ہوتا ہے تو حیض کا آنا دونوں رحموں میں سے قاعدۃً بند ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی ہر ایک نصف میں بیضوں کے بیک وقت اقامت پذیر ہونے سے توام حمل کا استقرار ہو جاتا ہے اس حالت سے جنین بر جنین (superfœtation) کی ایک طرح سے توجیہ ہو جاتی ہے۔

---

[1] *Journ. Obst. and Gyn. Brit. Emp.*, xxiii., 25. 1913.

فلوپی نلیاں اور مبیضین بالعموم طبعی طور پر نمو یافتہ ہوتے ہیں۔ حالت مذکور کا انکشاف اکثر اوقات سر بریری امتحان کے دوران میں دوہری مہبل کے پائے جانے سے ہوتا ہے۔ کتخدا عورتوں میں مہبل کا ایک نصف بالعموم متسع پایا جاتا ہے، اور دوسرا نصف حالت بکارت میں ہوتا ہے، لیکن بعض اوقات دونوں نصف بھی متسع پائے گئے ہیں۔ رحم منقسم (septate uterus) کا سر بریری طور پر شناخت کرنا خاص طور پر مشکل ہے، کیونکہ اسکی خارجی شکل و شباہت طبعی ہوتی ہے۔ مجسّہ (sound) کے استعمال سے بعض اوقات دو کہفے معلوم کئے جا سکتے ہیں لیکن اس طرح امتحان کرنے کے لئے یہی بہتر ہوگا کہ دو مجسوں کا استعمال کیا جائے، تاکہ دو کہفوں کے موجود ہونے میں، 151
جو ایک دوسرے سے ایک فاصل کے ذریعہ سے جدا ہوتے ہیں، کوئی شبہ باقی نہ رہے۔

متضاعف رحموں میں بھی سلعاتِ لیفیہ (fibroid tumours) کے پیدا ہونے کا اتنا ہی امکان ہوتا ہے جتنا کہ طبعی رحموں میں ہوتا ہے، اور جو رحم ان سلعات کے پیدا ہونے کی وجہ سے نکالے جا چکے ہیں اُن میں بہت سی ایسی غیر مشتبہ مثالوں کا انکشاف ہوا ہے۔ بعض اوقات صرف تضاعف رحم ہی نموی نقص کے طور پر موجود نہیں ہوتا، بلکہ عنق یا کسی دیگر حصۂ مہبل کا ضیق (stenosis) بھی پایا جاتا ہے، جو ایک ہی طرف موجود ہوتا ہے اور دوسری طرف نہیں ہوتا۔ اِس حالت میں سیالِ حیض تسدد کے مقام کے اوپر جمع ہو جاتا ہے اور جانبی مہبلی اجتماع الدم (hæmatocolpos) یا رحمی اجتماع الدم (hæmatometra) پیدا ہو جاتا ہے۔ ان حالتوں کی سر بریری تشخیص میں قدرتی طور پر دقت پیش آتی ہے، کیونکہ تشوہ کے کوئی خارجی امارات موجود نہیں ہوتے، اور ممکن ہے کہ دوسری طرف سے حیض بھی طبعی طور پر آتا ہو۔ متسع حصہ اکثر اوقات غلطی سے نوساخت (neoplasm) تصور کیا جا چکا ہے۔ اور اسکی اصلی نوعیت صرف عملیہ ہی سے کھول کر دیکھنے سے ظاہر ہوتی ہے۔

تضاعف مہبل (Duplication of the Vagina)۔ جب کبھی دو مہبلی قنالیں موجود ہوتی ہیں تو یہ تقریبًا ہمیشہ ایک دوسرے کے پہلو بہ پہلو واقع ہوتی ہیں، اور مقدم موخر تعلق میں نہیں ہوتیں، مگر اس امر کے چند ایک مستثنیات کا اندراج بھی ہو چکا ہے۔ اِن کا فاصل عضلی بافت سے مرکب ہوتا ہے جس کی دونوں طرفیں غشائی سر حلمہ سے پوشیدہ ہوتی ہیں۔ یہ اکثر اوقات غیر مکمل ہوتا ہے۔ اور نقص اسکے اوپر کے یا نیچے کے نصف حصہ میں، یا اسکے وسطی حصہ میں پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات مہبل مکمل یا جزوی طور پر متضاعف ہوتی ہے، اور

صرف ایک ہی رحم ہوتا ہے، لیکن بیشتر حالتوں میں یہ بھی متضاعف ہوتا ہے۔ یک قرنی رحم (uterus unicornis) کے ساتھ بالعموم ایک ہی مہبل ہوتی ہے جو ایک جانب کو نمایاں طور پر مائل ہوتی ہے، اور غیر طبعی طور پر چھوٹی ہوتی ہے۔

فرج اور مہبل کی بے انثقابی کی حالتیں

(ATRESIC CONDITIONS OF THE VAGINA AND VULVA)

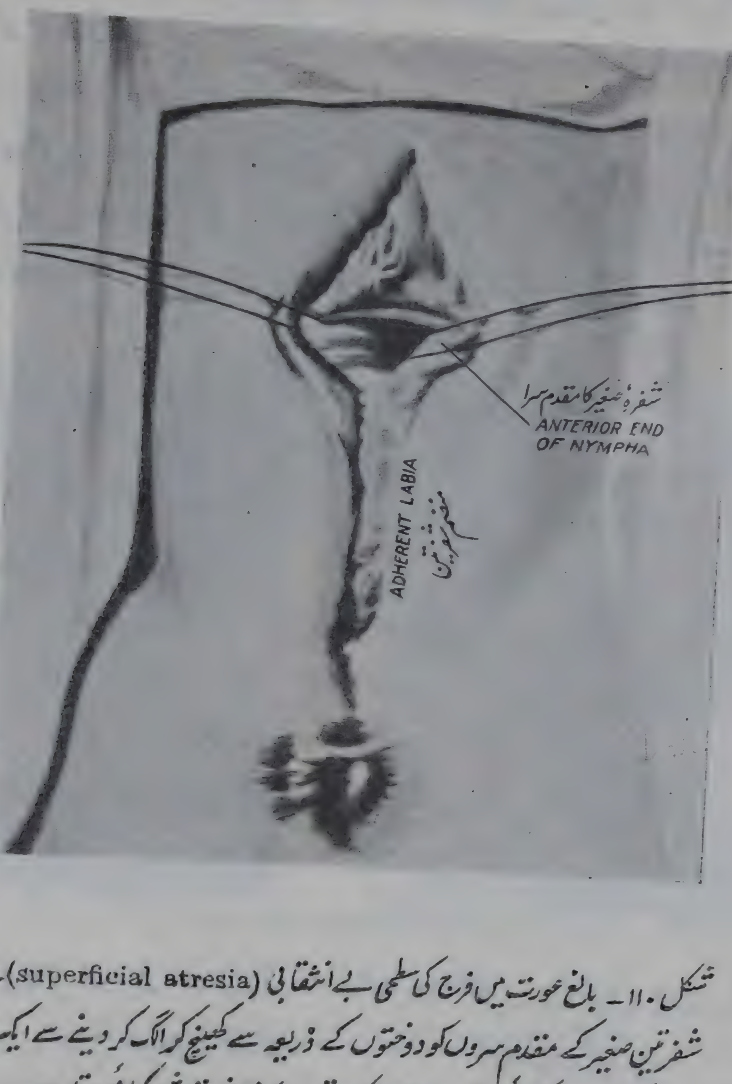
مہبل اور فرج کی بے انثقابی۔ مہبل کی بے انثقابی (atresia) کے تین اقسام یا مدارج پائے جاتے ہیں۔ پہلی اور سب سے انتہائی قسم میں اس عضو کی جگہ ایک لیفی بند ہوتا ہے جس کے ابعاد اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ دوسرے درجہ میں قنال کا محض ایک حصہ ہی غیر منثقب ہوتا ہے، اور بقیہ قنال طبعی ہوتی ہے۔ تیسرے درجہ میں قنال کا کوئی ایک حصہ ایک مستعرض پردہ سے مسدود ہوتا ہے جو گا ہے سالم اور گا ہے منثقب ہوتا ہے۔ ان تمام حالتوں میں فاصل کے نیچے فرج، اور اس کے اوپر رحم اور اس کے ضمیمے بعض اوقات طبعی طور پر نمو یافتہ ہوتے ہیں، اور نقص صرف مہبل ہی میں پایا جاتا ہے۔ بخلاف اس کے کبھی کبھی رحم بھی متضاعف یا ناقص النمو ہوتا ہے۔

اگر رحم اور مبیض طبعی ہوں تو مہبل کی مکمل بے انثقابی سے خواہ وہ کسی شکل میں موجود ہو طمثِ مخفی (cryptomenorrhœa) کے علامات پیدا ہو جاتے ہیں (دیکھو صفحہ 165)۔ اس کی شناخت آسان ہوتی ہے کیونکہ عضوِ ماؤف تک بخوبی رسائی ہو سکتی ہے، لیکن ایسی حالتوں کی تشخیص کرنے میں یہ معلوم کرنا ایک اہم امر ہے کہ آیا رحم اور مبیضین طبعی طور پر نمو یافتہ ہیں یا نہیں۔ اگر وہ طبعی طور پر نمو یافتہ ہیں تو عملیہ کے ذریعہ سے پوری تناسلی قنال کو ایک بنایا جا سکتا ہے۔ اور اگر وہ طبعی حالت پر نہیں تو یہ امر مشکوک ہے کہ آیا مہبلی تسدد کا عملیتی علاج قرینِ مصلحت ہے یا نہیں؟ ایسی چند حالتوں میں عورت کو قابلِ ازدواج بنانے کے لئے مہبل کی عملیتی تکوین عمل میں لائی جا چکی ہے، اگرچہ افعالِ حیض و تولید کی عدم موجودگی قطعاً اصلاح پذیر نہیں ہوتی۔ اس قسم کے مریضوں میں جدید قنالِ مہبل بنانے کے لئے معائے صغیر کا ایک جزو استعمال کیا گیا ہے۔ ہماری رائے میں اس عملیہ کے جواز کے لئے بہت ہی کم وجوہ موجود ہیں۔

اس بے انثقابی کے خفیف سے مدارج کا علاج اسی اصول پر کیا جا سکتا ہے جس پر

عنق کی بے انثقابی کا کیا جاتا ہے، یعنی نقص سے اوپر اور نیچے کی طبعی مخاطی غشاؤں کو ملا دیا جائے۔

فرج کی بے انثقابی (Vulval Atresia) متذکرہ صدر بے انثقابی کے



شکل ۱۱۰۔ بالغ عورت میں فرج کی سطحی بے انثقابی (superficial atresia)۔
شفرتین صغیر کے مقدم سروں کو دو نختوں کے ذریعہ سے کھینچ کر الگ کر دینے سے ایک
تنگ روزن دکھائی دیتا ہے جو مہبل کو جاتا ہے، بنظر غیر متاثر دکھائی دیتا ہے۔

مقابلہ میں نہایت ہی نادر الوقوع ہے۔ فرج کی مکمل عدم موجودگی (فقدان فرج (defectus vulvæ: محض جنینی مسخوطات (monstrosities) ہی میں پائی جاتی ہے جو از خود زندہ

نہیں رہ سکتے۔

فرج کی سطحی بے انشقاقی زیادہ کثرت کے ساتھ پائی جاتی ہے۔ یہ یا تو شفرتین صغیر اور شفرتین کبیر کے موخر حصوں کے آپس میں منضم ہو جانے سے ظہور میں آتی ہے، اور یا محض شفرتین صغیر ہی کے منضم ہو جانے سے پیدا ہوتی ہے، اور شفرتین کبیر مسدودیت میں کوئی حصہ نہیں لیتے (دیکھو شکل ۱۱۰ و ۱۱۱)۔ مذکورۂ بالا ہر ایک حالت میں یہ عارضہ التہابی عمل کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے، جو ولادت سے قبل یا زمانۂ طفولیت میں واقع ہوتا ہے۔ شکل ۱۱۱ اس قسم کی ایک مثال کو ظاہر کرتی ہے جس کا علاج ہم میں سے ایک (تی۔ ایل) نے کیا ہے۔ غشائے ساد بظر سے لیکر قید الشفرتین (fourchette) تک پہنچتی تھی جس کی وجہ سے دہلیز، بولی منفذ، پردۂ بکارت، مولج مہبل اور 153



شکل ۱۱۱۔ فرج کی سطحی مسدودیت۔ ا۔ بظر۔ اَ۔ وہ جوف ہے جس میں سے حیض اور پیشاب آتا تھا۔ ب اور ج مبالی اور مہبلی دہنوں کو ظاہر کرتے ہیں۔



شکل ۱۱۲ شکل ۱۱۱ ہے جس میں غشائے ساد کا استیصال کر دیا گیا ہے۔

حفرہ زورقیہ نظر نہیں آتے تھے (دیکھو شکل ۱۱۱ و اشکال ۱۱۲ و ۱۱۳)۔ بظر اگلی طرف نظر آتا ہے (ا)، اور ایک تنگ مجرٰی (اَ) بظر کے عین پیچھے موجود تھا۔ اس چھوٹے سے مجرٰی سے حیض افراز

اور پیشاب کا اخراج ہوتا تھا، اور اسی لئے یہ بدشکلی مریضہ کے سنِ بلوغ پر پہنچنے تک معلوم نہیں ہوئی۔ اس حالت میں مریضہ کی عمر ۲۲ سال کی تھی۔ حیض سے کوئی تکلیف نہیں ہوتی تھی، اور علاج کی ضرورت تبوّل میں تکلیف ہونے کے باعث پیش آئی۔ ان حالتوں میں فرج کی مسدودیت کبھی کبھی مکمل

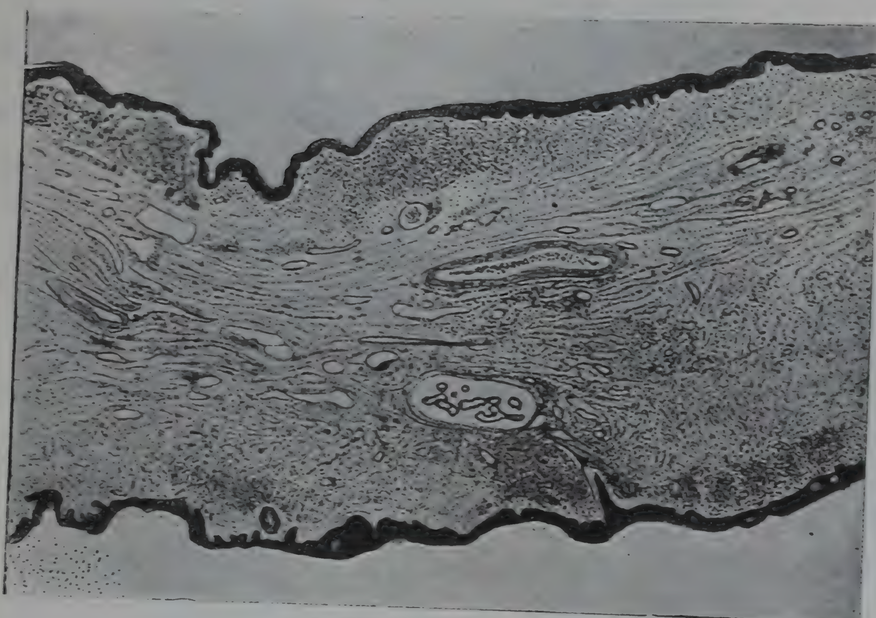


شکل ۱۱۳۔ جو غشائے ساد شکل ۱۱۱ میں دکھائی گئی ہے اس کی سہمی تراش۔ اَ اُس جوف کے محل کو ظاہر کرتا ہے جس میں سے حیض اور پیشاب آتا تھا۔

154 بھی ہوتی ہے، اور سیالِ حیض محبوس ہو جاتا ہے۔ اس حالت کا نام مہبلی اجتماع الدم (hæmatocolpos) ہے۔ حیضی حاصلات کا جو احتباس اس طرح واقع ہو جاتا ہے وہ سریری طور پر "طمثِ مخفی" (Cryptomenorrhœa) کہلاتا ہے (دیکھو شکل ۱۶۵)۔

یہ ظاہر ہے کہ مہبل کے مسدودیت یافتہ حصّہ میں بھی ندبہ (cicatrix) پیدا ہو سکتا ہے اور یہ حالت اس کی سطح کے پُرشکن اور ناہموار ہونے سے ظاہر ہوتی ہے جیسی کہ شکل ۱۱۰ میں دکھائی دیتی ہے۔ اس کا علاج یہ ہے کہ ندبی بافت کے پردہ کو جو ایک طرف سے دوسری تک پھیلا ہوتا ہے ایک سرے سے لیکر دوسرے سرے تک خطِ وسطی میں کاٹ دیا جائے۔ زائد ساخت کو دور کرنے کے بعد خام کنارے تانت (catgut) سے ملا دئے جاتے ہیں۔ غشائے ساد کی خردبینی ساخت (شکل ۱۱۴) سے شفرتین صغیر ہی کے ساختی خصوصیات ظاہر ہوتے ہیں۔ یعنی دونوں سطحوں پر

فلسمانی سہ حلمہ موجود ہوتا ہے، اور عرقی ہیکل میں چند ایک دُھنی غدد پائے جاتے ہیں۔ ایسا بھی شاذونادر ہوجاتا ہے کہ مہبل کی سطحی بے انثقابی کی وجہ سے بولِ باقی میں ثلاثی فاسفیٹ (triple phosphates) جم جاتے ہیں اور مہبلی حصات (vaginal calculus) بنجاتا ہے۔



شکل ۱۱۴۔ فرج کی غشائے سادہ کی خوردبینی ساخت۔ یہ غشا شکل ۱۱۱ و ۱۱۲ میں دکھائی گئی ہے۔ اسکی ساخت شفرتین صغیر کی ساخت کے مشابہ ہے۔

وہنۂ مہبل کی بے انثقابی پردۂ بکارت یا قنالِ مہبل کے زیرین حصہ کے نقائص نمو کی وجہ سے بھی وقوع میں آتی ہے۔ اس حالت کا نام "غیر منثقب پردۂ بکارت" (Imperforate hymen) ہے۔ اِس عنوان کے تحت شاذ و مختلف حالتیں آتی ہیں۔ اِن دونوں کا مشترک خاصہ یہ ہے کہ اِن میں پردۂ بکارت کے محلِ وقوع پر ایک غشائی ڈایافرام ہوتا ہے جس سے مہبل کا زیرین سرا بند ہوجاتا ہے۔ دوسرے لحاظات سے مہبل اور فرج کا نمو طبعی

صحفہ ۵



غیر منثقب پردۂ بکارت (Imperforate Hymen) اور مہبلی اجتماع الدم (Hæmatocolpos)۔ غشائے ساد کی رنگت گلابی ہے، اور اس پر ایک وسطی سیون (median raphe) ہے جو زیادہ ابھری ہوئی نہیں۔

مقابل صفحہ 155

ہوتا ہے۔ اس طرح ساد ڈایافرام یا تو اُس فاصل سے بنتا ہے جو غیر منشقب ملری قنات کے زیریں
سرے کا قائم مقام ہوتا ہے، اور یا پردۂ بکارت کے عدم انشقاب سے، جو اس حالت میں ایک
مکمل مستعرض فاصل کی شکل میں موجود ہوتا ہے۔ یہ یاد ہوگا کہ پردۂ بکارت ملری بصلوں (Müllerian
bulbs) سے طیار ہوتا ہے جو ملری قناتوں (Müllerian ducts) کے زیریں سرے
کے اطراف پر واقع ہوتے ہیں۔ مسدودیت کی اول الذکر قسم میں طبعی پردۂ بکارت پایا جاتا ہے
جو پیچھے کی جانب اور نیچے، یعنی غشائے ساد سے باہر کی طرف واقع ہوتا ہے۔ دوسری قسم میں
155 غشائے ساد کے علاوہ پردۂ بکارت کا شائبہ بھی نہیں پایا جاتا۔ شفرتین کو علیحدہ کرنے کے بعد یہ
غشا بآسانی نظر آسکتی ہے۔ اس کی رنگت ہم پہلو مخاطی سطحوں کی طرح گلابی ہوتی ہے، اور اس پر
ایک خفیف سی وسطی سیون (median raphé) موجود ہوتی ہے (دیکھو صحفہ ۷)۔ اس کی
دبازت اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ باریک قسم کی غشائیں نیم شفاف ہوتی ہیں، اور خون کی تاریک
رنگت جس سے مہبل پُر ہوتی ہے اس میں سے دکھائی دیتی ہے۔ یہ غشا عام طور پر ذرا سی ابھری ہوئی
ہے، اور کھانسنے پر اس میں واضح صدمہ محسوس ہوتا ہے۔ اس کی ساخت خردبینی امتحان کے لئے
ایک ٹکڑا لیکر اس کی سطح سے زاویہ قائمہ پر تراشیں کاٹنے سے معین کی جاسکتی ہے۔ سرحلمی غلاف
کی نوعیت کی طرف زیادہ توجہ کرنا چاہئے۔ اس کی خارجی سطح تمام حالتوں میں اُسی قسم کے مطبق فلسمانی
سرحلمہ سے پوشیدہ ہوتی ہے جس سے مہبل پوشیدہ ہوتی ہے۔ اس کی داخلی سطح پر بعض اوقات
ستونی سرحلمہ کے شائبات دکھائی دیتے ہیں، اور بلیئر بیل (Blair Bell) کے مطابق یہ کیفیت
۵۰ فیصدی سے زائد حالتوں میں پائی جاتی ہے۔ بعض حالتوں میں سرحلمہ ایک بخوبی نمو یافتہ نہ کی
شکل میں پایا جاتا ہے جس میں چھوٹے چھوٹے غدد موجود ہوتے ہیں۔ ایسے واقعات سے یہ ظاہر
ہوتا ہے کہ غشا کا کچھ حصہ ملری قنات سے بنا ہے، کیونکہ پردۂ بکارت میں ستونی خلیات کبھی نہیں
پائے جاتے۔ اگر غشا کی دونوں سطحیں فلسمانی خلیات سے پوشیدہ ہوں تو یہ صادق غیر منشقب
پردۂ بکارت ہوتا ہے۔ اور اگر اس کی اندرونی سطح پر ستونی خلیات پائے جائیں تو اسکا یہ مطلب
ہے کہ ملری قنات کے زیریں سرے میں قنال پیدا نہیں ہوئی۔

بعض واقعات میں یہ حالتیں ذرا مختلف ہوتی ہیں، کیونکہ غیر منشقب پردۂ بکارت اور
قنالِ مہبل کے درمیان جو علی الترتیب نیچے اور اوپر واقع ہوتے ہیں کبھی کبھی ایک نمایاں وقفہ
موجود ہوتا ہے۔ یہ درمیانی رقبہ مہبل کی بے انشقابی کے محل کو ظاہر کرتا ہے۔ ایسے واقعات میں

طبیعی امارات ایک مرممہ صورت اختیار کرلیتے ہیں۔ پردۂ بکارت میں نمایاں بروز نہیں پایا جاتا، اور بعض اوقات کھانسنے پر صدمہ غائب ہوتا ہے۔ اور مہبل کے بالائی حصہ کی متسع حالت مستقیمی امتحان سے شناخت کی جاسکتی ہے۔ اِس کا علاج مہبلی اجتماع الدم (hæmatocolpos) کو کھولنے اور اِس کی سیلیت کرنے اور قنال مہبل کی تکمیل کردینے پر مشتمل ہے۔ اگر مہبل اور فرج کے درمیان معتدبہ وقفہ موجود ہو تو اجتماع خون تک پہنچنے کے لئے کسی قدر گہری تقطیع کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ ضروری ہے کہ دونوں قطعوں کی مخاطی غشاؤں کو ملا دیا جائے، کیونکہ ایسا نہ کرنے سے قنالِ مہبل یا تو بتدریج تنگ ہوجائیگی اور یا مکمل طور پر مسدود۔ دیوارِ مہبل کو اس کے اتصالی بافت کے غلاف سے کافی دور تک ضرور علیحدہ کرلینا چاہیئے تاکہ یہ نیچے کی طرف کو فرج تک کھینچی جاسکے اور وہاں ٹانکوں سے بغیر تنش کے قائم رکھی جاسکے۔ بعدازاں شیشہ یا ربڑ کی ایک چوڑی نلی داخل کردی جاتی ہے جو تکیہ (dressing) کے ذریعہ سے اپنی جگہ پر برقرار رکھی جاتی ہے۔

تحت مبالیت اور فوق مبالیت

(HYPOSPADIAS AND EPISPADIAS)

تحت مبالیت (Hypospadias)۔ یہ خلاف قاعدگی مبال کی موخر دیوار یا اس کے فرش میں نقص رہ جانے کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ بعض حالتوں میں تمام مبال مفقود ہوتا ہے، اور مثانہ مہبل میں براہِ راست کھلتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ یہ تشوہ عورت میں بہت نادر الوقوع ہے، اور چونکہ بعض اوقات اس کے ساتھ کلانی یافتہ بظر بھی موجود ہوتا ہے اس لئے اس قسم کے موضوع کو غلطی سے مرد تصور کیا جاتا ہے۔ تحت مبالیت (hypospadias) مردوں میں نسبتہً زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ اور جب یہ تشوہ مکمل حالت میں موجود ہوتا ہے تو اس قسم کا موضوع غلطی سے عورت تصور کرلیا جاتا ہے (دیکھو صفحہ 158)۔ بقول بیلنٹائن (Ballantyne) تحت مبالیت عورتوں میں بولی تناسلی جوف (urogenital sinus) کے برقرار رہنے کا نتیجہ ہوتی ہے (دیکھو شکل ،، صفحہ 85)۔

فوق مبالیت (Epispadias)۔ مبال کی مقدم دیوار یا اس کی چھت کا نقص ہے۔ بعض اوقات مقدم دیوار بالکل ہی غائب ہوتی ہے۔ تحت مبالیت کی طرح 156

فوق مبالیت بھی مرد میں نسبتہً زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ عورتوں میں مہبل کی مقدم دیوار کے نمو کی خلاف قاعدگیاں وسعت میں بہت اختلاف پذیر ہوتی ہیں۔ خفیف سی مثالوں میں مبالی گذرگاہ کھلے مجریٰ کی طرح ہوتی ہے اور دہلیز کے وسطی خطہ میں واقع ہوتی ہے جہاں سے یہ عانی ارتفاق (symphysis pubis) کے نیچے سے گذرتی ہوئی عنق مثانہ کی طرف چلی جاتی ہے۔ مبال کا قریبی یا مثانی سرا مثانہ تک پہنچنے سے پیشتر کبھی کبھی مکمل بھی پایا جاتا ہے، اور نقص محض اس قنات کے دہلیزی حصہ ہی میں موجود ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں اس مجریٰ کا تمام ممر کھلا ہوتا ہے، اور مقدم دیوار بالکل مفقود ہوتی ہے۔



شکل ۱۱۵۔ فوق مبالیت (epispadias)
ا-اَ- بیش پرورده شفرتین صغیر۔ س- غیر متحد عانی ہڈیاں۔

یہ ضرر خواہ کسی درجہ ہی کا ہو یہ بات عموماً مشاہدہ میں آتی ہے کہ اجسام بظر (corpora clitoridis) کا وسطی اتحاد واقع نہیں ہوا۔ لہٰذا بظر کے قائم مقام دو نصف حصے ہوتے ہیں جو کھلے مبالی میزاب کے ہر دو اطراف پر واقع ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۱۱۵)۔ فوق مبالیت (epispadias) کی خفیف تر حالتوں میں بھی بعض اوقات عانی ارتفاق کے دونوں نصف حصے ایک دوسرے سے فرق پر واقع ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۱۱۵ - س - اور ۱۱۶ - س)۔ ایسی حالت میں ضرر مذکور کی امتیازی خصوصیت بظر کے دونوں نصف حصوں اور شفرتین کی وسیع علیحدگی ہوتی ہے۔ شکل ۱۱۵س اور ۱۱۶ اس سے یہ حقیقت ظاہر ہوتی ہے کہ زنانہ فوق مبالیت میں، بعض اوقات مثانہ کے مکمل طور پر نمو یافتہ اور مبال کے بالائی قطعہ کے سالم ہونے کی حالت میں، ارتفاق کا عدم اتحاد موجود ہوتا ہے۔ ان تصاویر میں خارجی حصوں کی

وسیع علیحدگی دکھائی دیتی ہے جو عانی ہڈیوں کے ارتفاق پر متحد نہ ہونے کا نتیجہ ہے۔ یہ فوق مبالیت (epispadias) کی ایک نادر الوقوع قسم ہے۔ مثانہ کی مقدم دیوار کے غائب ہونے کی حالت میں اکثر اوقات ارتفاقِ عانہ کا انفصال اور سقفِ مبال کا فقدان پایا جاتا ہے۔ یہ تمام ضرر بے جائی مثانہ (ectopia vesicæ) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے۔

فوق مبالیت (epispadias) کی ایسی خفیف سی حالت کی، جیسی کہ شکل ۱۱۵ میں دکھائی دیتی ہے، مسریریاتی ہیئت بھی سلس البول کی وجہ سے بہت تکلیف دہ ہوتی ہے۔ موئے زہار اور شفرتین پر فاسفیٹوں کی پیپڑیاں جم جاتی ہیں۔ دہلیز کی سطح تسحج یافتہ ہوجاتی ہے۔ اور راکد پیشاب کی بو مریضہ اور اس کے متعلقین کے لئے بہت تکلیف کا باعث ہوتی ہے۔

فوق مبالیت کے لئے عملیہ کرنے سے پیشتر یہ ضروری ہے کہ مریضہ کو بستر میں رکھا جائے اور موئے زہار، اور فاسفیٹوں کے جماؤ کو دور کردیا جائے۔ اور خارجی اعضائے تناسل کو کسی خفیف سے دافع عفونت غسول سے صاف کیا جائے حتیٰ کہ جلد تندرست حالت پر آجائے۔ اس کے بعد کوئی ایسا ترمیمی عملیہ انجام دیا جاسکتا ہے جیسا کہ صفحہ 904 و 905 پر بیان کیا گیا ہے۔

بے جائی مثانہ (Ectopia Vesicæ)۔ یہ ایک وسیع نموی ضرر ہے۔ بیری ہارٹ (Berry Hart) کے مطابق یہ حالت مخرجی غشا (cloacal membrane) کے ناقص النمو رہنے سے پیدا ہوتی ہے۔ یہ غشا ایک صحفہ ہے جو مخرج (cloaca) اور برونی ادیمہ (ectoderm) کی بطنی دیواروں کے اتحاد سے پیدا ہوتا ہے، اور ناف سے نیچے کی طرف پھیلا ہوتا ہے۔ شکل ۶۲، مخ غ (صفحہ 80) کے دیکھنے سے اس غشا کی وسعت اور محل معلوم ہوجائے گا۔ جو ساختیں غائب ہوتی ہیں وہ (۱) مثانہ کی اگلی دیوار اور مقدم شکمی دیوار کا ایک متناظر حصہ، (۲) ارتفاقی اتصال، اور (۳) مبال کی مقدم دیواریں۔ اور جو ساختیں کھلی دکھائی دیتی ہیں وہ (۱) مثانہ کی موخر دیوار کی غشائے مخاطی، (۲) حالبین (ureters) کے دہنے، اور (۳) مبال کا فرش ہیں۔ اس طرح روزنِ فرج مثانہ اور مبال کی تمام غشائے مخاطی کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے۔ 157

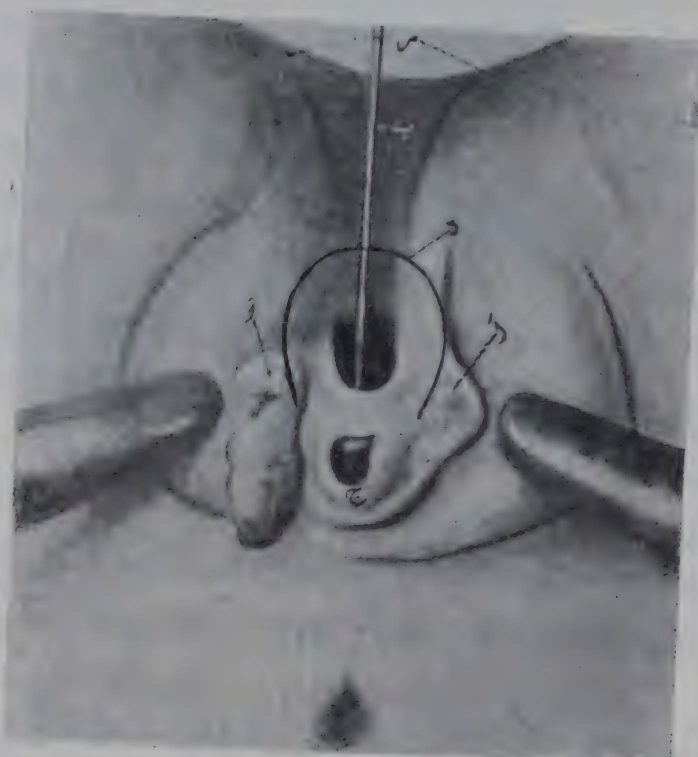
اس وسیع نقص کو دور کرنے کے لئے مختلف ترمیمی عملیے پیش کئے گئے ہیں، اور حالبین کی تعلیم معائے مستقیم میں کی جاچکی ہے۔ اس حالت کا عملیتی علاج بالعموم عمومی سرجن ہی کرتا ہے،

اور اس عملیہ کی تفصیل کے لئے عمومی علم الجراحت کی درسی کتابوں کو دیکھنا چاہئے۔

خنثیت اور کاذب خنثیت

(HERMAPHRODITISM AND PSEUDOHERMAPHRODITISM)

خنثیٰ (hermaphrodite) وہ شخص ہے جس میں ایسی ساختیں موجود ہوں جو دونوں



شکل ۱۱۶۔ فوق مبالیت (epispadias) - یہ وہی حالت ہے جو شکل ۱۱۵ میں ظاہر کی گئی ہے۔ شفرتین صغیر (ا۔اَ) مبال کی چھت کی عدم موجودگی کو دکھانے کیلئے پیچھے ہٹادئے گئے ہیں۔ ب۔ مبال میں مجسّہ۔ ج۔ پردۂ بکارت۔ د۔ نعل نما شگاف۔ س۔ غیر متحد ار تفاق۔

صنفوں کے امتیازی صنفی غدد یا مولدات (gonads) یعنی مبیض اور خصیہ کی قائم مقام تصور کی جا سکیں۔ صادق خنثیت کا لازمی خاصہ یہ ہے کہ مبیض اور خصیہ دونوں، خواہ الگ الگ، یا متحدہ غدہ کی شکل میں، موجود ہوں۔ اگرچہ بچوں اور جوانوں میں اس قسم کی بہت سی مشہور و معروف مثالیں درج کی جا چکی ہیں، لیکن پیش کردہ ثبوتوں کے قطعی نہ ہونے کے باعث ان حالتوں کی ایک بہت بڑی تعداد میں اس شبہ کی گنجائش باقی رہ جاتی ہے کہ آیا ان کو حقیقۃً خنثیٰ کہا جا سکتا ہے یا نہیں۔ بلیکر (Blacker) اور لارنس (Lawrence) نے ساڑھے آٹھ ماہ کے ایک جنین کی مثال درج کی ہے جس میں مکمل امتحانِ نعش پر ایک طرف تو یک قرنی رحم (uterus unicornis) کا انکشاف ہوا جس کے ساتھ ایک مبیض اور ایک فلوپی نلی بھی تھی، اور دوسری طرف ایک متحدہ غدہ (بیضی خصیہ :ovo-testis) پایا گیا جس کے ساتھ ایک کلانی یافتہ ولفی قنات اور ایک ناقص التکوین فلوپی نلی (ملری قنات) تھی۔ ولفی قنات بربخ (epididymis) اور قنات ناقلہ کی قائم مقام تھی۔

کاذب خنثیٰ (pseudohermaphrodite) وہ شخص ہے جس کے مولدات (gonads) تو ایک صنف کی امتیازی خصوصیتیں رکھتے ہوں، اور خارجی اعضائے تناسل اور ثانوی صنفی اوصاف صنف مقابل کے مشابہ ہوں۔ یہ حالت قلیل الوقوع نہیں۔ اور اس کی کئی ایک غیر مشتبہ مثالیں درج کی جا چکی ہیں۔ فعلیاتی نقطۂ نظر سے کسی شخص کی صنف مولدات کے خاصہ سے معلوم کی جاتی ہے۔ لہٰذا اگر صحیح صحیح طور پر کہا جائے تو زیر بحث حالت ہرگز خنثیت نہیں ہو سکتی۔ "کاذب خنثیت" فی الحقیقت عدیم الوجود ہے۔ اگرچہ یہ نام صحیح نہیں لیکن اس کے استعمال سے جو سہولت پیدا ہوتی ہے وہ فی الحال اصطلاحی صحت کی خواہش پر مقدم تصور کی جاتی ہے۔

یہ یاد ہوگا کہ طبعی طور پر نمو یافتہ مرد میں عورت کے لازمی صنفی اعضا سوائے مولدات کے آثاری ساختوں کی شکل میں برقرار رہتے ہیں، مثلاً کیستی خصیہ (hydatid testis) ملری قناتوں کے بقیہ حصوں کو ظاہر کرتا ہے، اور قدامی رحیمہ (prostatic utricle) رحم کو۔ نیز طبعی طور پر نمو یافتہ عورت میں بھی بر مبیض (epoöphoron) اور جانبی مبیضی انبیبات (paroöphoritic tubules) پائے جاتے ہیں جو بربخ (epididymis) اور نزد بربخ (paradidymis) کے قائم مقام ہوتے ہیں۔ مزید برآں بظر قضیب کی جگہ ہوتا ہے، اور

بظری شکن نطفہ کے قائم مقام ہوتے ہیں۔ چونکہ جنینی زندگی کے ابتدائی حصہ میں خصیہ یا بیضہ کے بننے سے صنف معین ہوجاتی ہے، اس لئے یہ صاف ظاہر ہے کہ آئندہ نمو کی ضلالت سے اس شخص میں صنفِ مقابل کے بعض یا تمام قلیل الاہمیت تناسلی اعضا کے پیدا ہوجانے کا امکان ہے۔



شکل ۱۱۱۔ مردانہ کاذب خنثیت (male pseudohermaphroditism) کی ایک مثال جس میں خارجی اعضائے تناسل زنانہ قسم کے ہیں۔ (کرسٹوفر مارٹن۔)

یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ تشوہات کا رجحان متعدد ہونے کی طرف ہوتا ہے، اسلئے یہ ممکن ہے کہ ترتیب مذکور اور بھی پیچیدہ ہوجائے۔ خارجی اور داخلی اعضائے تناسل کے متعدد تشوہات حد سے زیادہ کثرت کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔ ان میں سے بعض تشوہات کا اثر یہ ہوتا ہے کہ خارجی اعضائے تناسل صنفِ مخالف کے اعضائے تناسل کی ظاہری شکل و شباہت اختیار کر لیتے ہیں۔ چنانچہ مرد میں تحت مبالیت (hypospadias) قضیبی مبال اور صفن کے جانبی نصف حصوں کے عدم اتحاد سے پیدا ہوتی ہے۔ اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ صفن کے نصف حصے جو ایک دوسرے سے

علیحدہ رہتے ہیں شفرتین کبیر کے مشابہ معلوم ہوتے ہیں، اور ان کے درمیان ایک فضارہ جاتی ہے جس کے فرش پر مبال کھلتا ہے۔ قضیب ناقص النمو اور قصیر الجسامت ہوتا ہے۔ اگر طبعی طور پر نازل خصیتین موجود نہ ہوں تو اس تشوہ کی تشخیص میں کوئی وقت پیش نہیں آتی، کیونکہ مذکورہ غددان ظاہری شفرتین میں محسوس کئے جا سکیں گے۔ مگر اکثر ایسا ہوتا ہے کہ خصیتین کے عدم نزول کے ساتھ تحت مبالیت (hypospadias) موجود ہوتی ہے، اور اس سے تشخیص اور بھی زیادہ مشکل ہو جاتی ہے۔ چنانچہ ایسا شخص جو بلاشبہ مرد ہو عورت تصور کیا جا سکتا ہے، کیونکہ سن شیر خوارگی میں صنف کی تعیین ہمیشہ صرف خارجی اعضائے تناسل کے امتحان ہی سے کی جاتی ہے۔ مزید برآں عورت میں یہ ممکن ہے کہ شفرتین صغیر منضم ہو جائیں، اور مبال کی اطالت آگے کی طرف بظر تک ہو جائے۔ یہ حالت "بظری مبال" (clitoridian urethera) کے نام سے موسوم کی گئی ہے۔ بعض اوقات یہ حالت بظر کی بیش پرورش، اور مفرد یا متضاعف، شفری بیضی فتق (labial ovarian hernia) کے ساتھ بھی موجود ہوتی ہے۔ اس صورت میں اعضائے تناسل کی مجموعی ہیئت مرد کے اعضائے تناسل سے بہت ملتی جلتی ہے۔

خارجی اعضائے تناسل کے تشوہ کی بعض حالتوں میں اہم اعضائے تناسل معہ مولدات (gonads) طبعی طور پر بھی نمو یافتہ ہوتے ہیں، مثلاً عورت میں رحم اور نلیاں، اور مرد میں بربخ (epididymis) اور قنات ناقلہ (vas deferens)۔ جن کاذب خناث کے مولدات مردانہ، اور خارجی اعضائے تناسل زنانہ قسم کے ہوتے ہیں وہ **مذکر کاذب خناث** (male pseudohermaphrodites) کہلاتے ہیں (دیکھو شکل ۱۱۷)، اور جن کے مولدات زنانہ اور خارجی اعضائے تناسل مردانہ ہوتے ہیں وہ **مؤنث کاذب خناث** (female pseudohermaphrodites) کے نام سے موسوم کئے جاتے ہیں۔ موخر الذکر کے مقابلہ میں قبل الذکر زیادہ کثرت سے پائے جاتے ہیں۔

کاذب خنثیت (pseudohermaphroditism) کی حالتوں میں سن بلوغ پر ثانوی صنفی خواص کے نمودار ہونے سے ایک اور پیچیدگی پیدا ہو جاتی ہے۔ مثلاً مذکر کاذب خناث (تحت مبالیتی مرد :hypospadiac male) میں بعض اوقات پستانوں کا نمو واقع ہو جاتا ہے، اور بالوں کا نمو زنانہ قسم کا ہوتا ہے، اور صنفی نفسی احساس مرد کے لئے ہوتا ہے۔ اس قسم کا شخص بعض اوقات سوسائٹی میں عورت کی حیثیت سے شامل ہو جاتا ہے، حتیٰ کہ ازدواج تک بھی

نوبت پہنچ جاتی ہے۔ چند مثالوں میں ایک قلیل المقدار نوبی نزف بھی مشاہدہ میں آیا ہے، جو اعضائے تناسل سے ہوتا تھا۔ بایں ہمہ ایسا شخص بلاشبہ مرد ہوتا ہے۔ اسی طرح بعض اوقات مؤنث کاذب خنثیٰ (وہ عورت جس میں بنظر بیش پروردہ ہو) میں مردانہ خصوصیات پیدا ہو جاتی ہیں، اور وہ مردانہ افعال سر انجام دیتی ہے حتیٰ کہ اس حیثیت سے شادی بھی کر لیتی ہے۔ ثانوی صنفی خواص کے نمو کی پیچیدہ نوعیت، اور ان کے اور صنفی ہارمونوں کے درمیانی تعلق کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 121 و 122)۔ مگر ان لحاظات سے قطع نظر یہ ممکن ہے کہ بچپن کے ماحول اور تربیت کا اس امر کے ساتھ اس سے زیادہ گہرا تعلق ہو جتنا کہ خیال کیا جاتا ہے۔

جب سن شیر خوارگی میں بچہ کی تعیین صنف کے متعلق غلطی ہو جائے اور اس کا انکشاف
60 سن بلوغت تک نہ ہو تو اس کی تصحیح کے لئے کوشش کرنا عموماً خلاف مصلحت ہوتا ہے۔ جن موضوعات میں یہ تشوہات پائے جاتے ہیں وہ لازمی طور پر عقیم ہوتے ہیں۔ اور یہ ظاہر ہے کہ ان کو شادی نہ کرنا چاہیئے۔ ان کے لئے جراحی علاج ممکن العمل نہیں۔

تشوہاتِ مبیض

(MALFORMATIONS OF THE OVARIES)

یہ قلیل الوقوع ہیں اور ان کی سریریاتی اہمیت زیادہ نہیں۔

مستزاد اور معین مبیضات۔ مستزاد (supernumerary) مبیض وہ ہے جو مبیضین سے کچھ تعلق نہ رکھتا ہو اور جسامت میں انہی کے برابر ہو۔ صرف ایک ہی واقعہ کی قابل اطمینان توضیح کی جا چکی ہے جو فان ونکل (Von Winckel) نے کی ہے۔ اس میں مستزاد مبیض رباط عریض کے سامنے پڑا تھا، اور قرنِ رحم سے ایک واضح رباطی بند کے ذریعہ سے چسپیدہ تھا۔ معین (accessory) مبیض مبیضی بافت کا ایک چھوٹا سا ٹکڑا ہوتا ہے جو طبعی مبیضین کے علاوہ موجود ہوتا ہے۔ اور طبعی مبیض کے کسی نہ کسی حصہ سے ایک بند کے ذریعہ سے عام طور پر چسپیدہ ہوتا ہے۔ اس صورت میں اس کا تکوّن باریطونی التہابی بندوں کے کھچاؤ کے اثرات سے منسوب کیا جاتا ہے جو ابتدائی جنینی زندگی میں رونما ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ خلاف قاعدہ محل پر واقع ہوتا ہے، لیکن یہ ہمیشہ مبیض کے طبعی خط نزول پر واقع ہوتا ہے جو قطنی خطہ سے حوض تک آتا ہے (صفحہ 86)۔

معین مبیض کی تشخیص کے لئے احتیاط کی ضرورت ہے۔ جب تک کہ زیر امتحان بافت میں مبیض کے ممیز نسیجیاتی عناصر یعنی گرافی جرابات یا لیوٹینی خلیے نہ پائے جائیں یہ بافت مبیضی تصور نہیں کی جاسکتی۔ بہت سے مندرجہ واقعات اس امتحان سے غلط ثابت ہوئے ہیں۔ اور یہ اغلب ہے کہ یہ حالت اس سے بھی کم نادر الوقوع ہو جتنی کہ یہ کتابوں سے ظاہر ہوتی ہے۔ تاہم یہ ممکن ہے کہ بعض ایسے مندرجہ واقعات ہیں جن میں متضاعف مبیض برآری (double oöphorectomy) کے بعد بھی حیض آتا رہا کوئی معین مبیضی بافت موجود ہو۔ مزید برآں معین مبیضوں میں بعض اوقات نو بالیدیں بھی پیدا ہو جاتی ہیں، مثلاً لیفی سلعات (fibromata) یا دویرے جو غیر متوقع مقامات پر پیدا ہوتے ہیں۔ ان حالتوں کے علاوہ متزاد یا معین مبیضوں کی کوئی سریریاتی اہمیت نہیں۔

عدم موجودگی اور ناقص نمو۔ مبیضین کی مکمل عدم موجودگی صرف جنینی مسخوطیت (fœtal monstrosity) کی جلی حالتوں مثلاً لاقلب (acardiac) اور پیوستہ پا (sympodial) جنینوں ہی میں دیکھنے میں آتی ہے، جو از خود زندہ نہیں رہ سکتے۔ صنف دیگر کے افراد میں مولّدات (gonads) کی عدم موجودگی اگر فی الحقیقت کبھی پائی بھی جاتی ہے تو از حد نادر الوقوع ہے۔ صنفوں میں کبھی کبھی اختلاط بھی واقع ہو جاتا ہے (خنثیت :hermaphroditism)، لیکن ایسے افراد میں صنفی غدد ہمیشہ موجود ہوتے ہیں، اگرچہ وہ خاطی قسم ہی کے کیوں نہ ہوں۔ مبیضین کی مکمل عدم موجودگی کی شناخت محض امتحان بعد الموت پر ہی یقینی طور پر کی جاسکتی ہے۔ اس حالت کے عملیتی اندراجات پر اعتبار نہیں کیا جاسکتا، کیونکہ اگر مبیض خاطی محل پر واقع ہوگا تو جراح اسے بآسانی نظر انداز کر دیگا۔ "ناقص النمو" (rudimentary) مبیض سے وہ مبیض مراد ہے جس میں گرافی جرابات موجود نہ ہوں، اور اس حالت کے باقاعدہ طور پر مندرجہ واقعات تقریباً اتنے ہی نادر الوقوع ہیں جتنے کہ مبیض کی عدم موجودگی کے۔ اس شبہ کی بنا پر ہم یہ نہیں کہہ سکتے کہ کسی بالغ شخص پر مبیضین کے پیدائشی عدم وجود کے سریریاتی اثرات کیا ہونگے۔

غیر طبعی محل: بے جائی مبیض (Ectopia Ovarii)۔ اس قسم کے کئی ایک واقعات درج کئے جاچکے ہیں جن میں مبیض اپنے طبعی خط نزول کے، جو حوض کی طرف آتا ہے، کسی نقطہ پر شکم ہی میں محبوس ہو کر رہ گیا تھا۔ علاوہ ازیں چند مثالوں میں یہ خلقی فتق کے تاجہ میں بھی پایا جاچکا ہے (دیکھو شکل ۱۱۹)۔ یہ یاد رہنا چاہئے کہ فتق کی اکتسابی قسم میں بھی مبیض کا فتق

قلیل الوقوع نہیں ہوتا۔ شکمی مبیض سے کوئی سریریاتی نتائج پیدا نہیں ہوتے۔ بخلاف اس کے یہ عقم کا باعث ہو سکتا ہے، جیسا کہ ہم میں سے ایک (بی۔ ڈبلیو) نے حال ہی میں دو مریضوں میں دیکھا تھا۔ ان دونوں مثالوں میں حیض بے قاعدہ اور بافراط آتا تھا۔ بیضین متطول اور کلاں تھے، مگر ان کی بناوٹ صبیانی تھی۔ مبیض کا خلقی فتق محض بلوغ کے بعد ہی تکلیف دہ ثابت ہوتا ہے، جبکہ اس سے درد اور التہاب پیدا ہو جاتی ہے، جو ایام حیض میں اور بڑھ جاتی ہے۔

فلوپی نلیوں کے تشوہات

(MALFORMATIONS OF THE FALLOPIAN TUBES)

متزاد نلیاں اور زائد شکمی دہنے۔ صادق متزاد (supernumerary) نلی نہایت ہی نادر الوقوع ہے، اور یہ امر بھی مشتبہ ہے کہ آیا اس کے کسی قابل اطمینان واقعہ کا



شکل ۱۱۸۔ نلی کا کم تکون (hypoplasia)۔ نلی کی پیچیدگی جنین میں طبعی اور بالغوں میں غیر طبعی ہوتی ہے۔ اس کی دیواریں طبعی طور پر پتلی ہوتی ہیں۔ جھالروں کے قریب مارگینی کے کیسہ (ہائیڈیٹڈ آف مارگینی) کا ایک چھوٹا سا ویرہ موجود ہے، نیز انتفاخ سے بھی ایک باریطونی ویرہ چپکا ہوا ہے۔

اندراج بھی ہُوا ہے یا نہیں۔ بخلاف اس کے زائد دہنے نسبتہً کثیر الوقوع ہیں۔ اور امتحان بعد الموت کے اندراجات کے مطابق سہ تا ۱۰ فیصدی واقعات میں پائے جاتے ہیں۔ ایسے زائد دہنوں کی تعداد چھ تک بھی ہوتی ہے، گو ایک سے زیادہ زائد دہنوں کا وجود قلیل الوقوع ہے۔ یہ بالعموم ظہری سطح پر واقع ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۹۵ صفحہ 77)۔ جھالروں (fimbriæ) کی سجاف ہمیشہ موجود ہوتی ہے گو اس کے صفات اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ اکثر مثالوں میں نلی کے درونہ کے ساتھ ان کا کوئی ربط نہیں ہوتا۔ زائد دہنہ بعض اوقات مسدود ہو کر متسع ہو جاتا ہے جس سے ایک قسم کا انبوبی دویرہ پیدا ہو جاتا ہے (دیکھو صفحہ 623)۔ امراضیاتی تغیرات کا محل ہونے کے علاوہ زائد دہنوں کی کوئی سریریاتی اہمیت نہیں۔

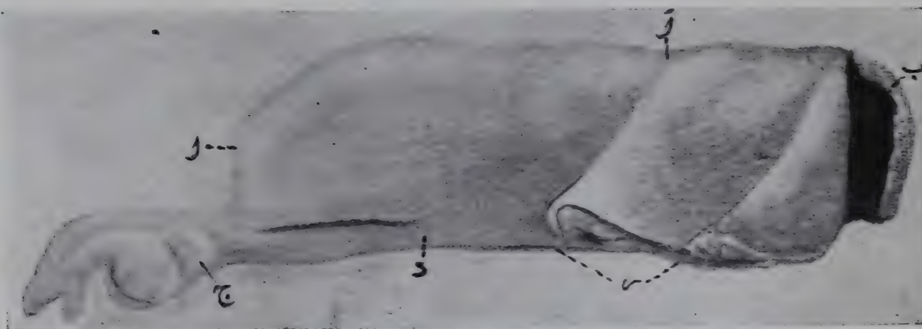
فلوپی نلیوں کے نقائص۔ دونوں نلیوں کی مکمل عدم موجودگی بہت ہی نادر الوقوع ہے۔ لیکن ڈبلیو۔ جی۔ سپنسر (W.G. Spencer) نے دو واقعات بیان کئے ہیں جن میں نلیوں کی جگہ ہر ایک قرن الرحم پر مٹر کے دانہ کی مانند ایک ایک جسم موجود تھا، اور بیضین اور رحم طبعی تھے۔ یہ دونوں مریض شدید ماہواری درد کی شکایت کرتے تھے، لیکن انکو حیض کبھی نہیں آیا تھا۔ انکی تکلیف عملیہ سے رفع ہو گئی جس سے کہفۂ رحم اور باریطون کے درمیان ربط پیدا کر دیا گیا تھا۔

"ناقص النمو" نلیاں تقریباً اتنی قلیل الوقوع نہیں جتنی موخر الذکر حالت ہے۔ اسکی کئی ایک حالتیں درج کی جا چکی ہیں۔ بعض میں اندرونی (رحمی) حصہ غیر مکمل پایا گیا ہے، اور ایک واقعہ میں جس کا اندراج ہم میں سے ایک (ٹی۔ ایل) نے کیا ہے صرف شکمی دہنہ اور قمعہ (infundibulum) ہی موجود تھے (دیکھو شکل ۱۱۹)۔ بعض میں صرف اندرونی حصہ ہی موجود تھا، اور نلی قرن الرحم سے ۲ انچ کے فاصلہ پر دفعتہً ختم ہو جاتی تھی۔ دو قرنی یک عنقی رحم (uterus bicornis unicollis) میں ناقص النمو قرن کی متناظر نلی اکثر غیر مکمل حالت میں ہوتی ہے۔

نلی کے عطفات (Diverticula of the Tube)۔ جنینی زندگی کے متاخر نصف میں نلی طبعی طور پر پیچیدہ ہوتی ہے، لیکن زمانۂ طفولیت میں جوں جوں حوض کی جسامت بڑھتی جاتی ہے یہ سیدھی ہوتی جاتی ہے۔ بعض اوقات موقوف نمو کی حالتوں میں اور اعضائے تناسل کے شدید تشوہ کے ساتھ ایک مرغولی نلی بطور جنینی تشوہ کے پائی جاتی ہے۔ نلی کی جنینی پیچیدگی کے مستقل طور پر باقی رہ جانے کو اس کی تلفیف یافتہ حالت سے جو التہاب انبوبہ کا نتیجہ ہوتی ہے

خلط ملط نہ کرنا چاہیے۔ اس کا ذکر آئندہ کیا جائے گا۔

خلقی عطفات (diverticula) میں نلی کی تمام دیوار شامل ہوتی ہے، اور یہ محض درونی کے عطفات نہیں ہوتے جو دیوار میں چلے جاتے ہیں۔ جب نلی کی غشائے مخاطی اس کے عضلیہ (muscularis) میں گھستی ہوئی پائی جائے تو اس سے مزمن التہاب انبوبہ (chronic salpingitis) ظاہر ہوتا ہے، اور خلقی غیر طبعی حالت ظاہر نہیں ہوتی۔



شکل ۱۱۹۔ فلوپی نلی کے اندرونی دو تہائی حصہ کی عدم موجودگی۔ ا۔ اَ۔ مبیض۔ ب قرن الرحم۔ ج۔ نلی کا انتفاخی حصہ۔ د۔ اُس محل کے نشان کو ظاہر کرتا ہے جہاں نلی ختم ہوتی ہے۔ س۔ رباط مستدیر پھیلا دیا گیا ہے۔ مذکورہ بالا تمام ساختیں ایک دائیں اربی فتق کے ناچہ کے مشمولات میں سے ہیں۔

جو خفیف سے مُوی نقائص گاہے گاہے پائے جاتے ہیں وہ مرغولی تلافیف کی، جو جنین میں طبعی ہوتے ہیں، برقراری (انبوبہ کا کم تکون hypoplasia tubæ: دیکھو شکل ۱۱۸)، انبوبی سرحلمہ کی عدم ہدبیت، اور نلی کی عدم قنالیت ہیں۔ موخر الذکر حالت میں نلی ڈورے کی طرح ٹھوس رہتی ہے، اور یہ حالت بہت قلیل الوقوع ہے۔

بعض اوقات نلی کی غیر وضعیتیں (displacements) بھی پائی جاتی ہیں۔ اور ان کی مثالوں کی زیادہ تر تعداد فتق کے مریضوں میں پائی جاتی ہے۔ مگر ہم میں سے ایک (سی۔ ایل) نے ایسی مثال بھی درج کی ہے جس میں نلی اپنے رفیق بیض کے ساتھ دائیں قطنی خطہ میں واقع تھی۔ اس واقعہ میں رحم کا دایاں نصف نمو نا یافتہ تھا اور رحم

یک قرنی (unicornute) تھا۔ بونیر (Bonnaire) اور ڈرنیٹ (Durnate) نے بھی ایک واقعہ کا ذکر کیا ہے جس میں دایاں مبیض اور اس کی متناظر نلی متناظر قطنی خطہ میں واقع تھے، لیکن اس مثال میں رحم طبعی تھا۔ یہ حالت زیادہ قابل توجہ ہے کیونکہ اس میں دایاں عریض رباط غائب تھا۔

حصۂ دوم - باب دوم 63

فسادات فعل

حیض

اس باب میں مندرجۂ ذیل حالتیں بیان کی جائیں گی:۔

(۱) بے طمثیت (amenorrhœa) اور قلتِ طمث (oligomenorrhœa)-

(۲) طمث بدیلی (vicarious menstruation)-

(۳) کثرت طمث (menorrhagia) اور متجانس رحمی نزف۔

(۴) دردِ حیض۔

(۵) بین حیضی درد۔

بے طمثیت اور قلت طمث

(AMENORRHŒA AND OLIGOMENORRHŒA)

"بے طمثیت" (amenorrhœa) سے اُس ماہوار نزفی مواد کے سیلان کی عدم موجودگی مراد ہے جو رحم سے ہوتا ہے، اور طبعی پختہ صنفی نمو و فعل کا ممیز خاصہ ہے۔ جب یہ سیلان موجود ہو مگر اس کی مقدار مسلمہ معیارات کے مقابلہ میں کم ہو تو "قلت طمث" (oligomenorrhœa) کی اصطلاح استعمال کی جاتی ہے۔

طبعی عمل حیض کے قیام کے لئے مندرجۂ ذیل اسباب کی موجودگی لازمی ہے:۔ رحم اور

خاص کر دروں رحمہ (endometrium) مکمل طور پر نمو یافتہ ہو، بیضین پختہ ہوں، اوران میں تبویض باقاعدہ اور طبعی طور پر واقع ہوتی ہو، اور معین تناسلی غدد یعنی درقیہ (thyroid) اور نخامیہ (pituitary) کا مقدم تختہ اپنا طبعی فعل موزوں طور پر سرانجام دیتے ہوں۔ اس نظام کے کسی ایک حصہ کے تعطل یا سوءِ فعل سے جو سوءِ نمو یا مرض سے پیدا ہؤا ہو فعل حیض میں چھوٹے بڑے تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔

بلوغ سے قبل، انقطاع الطمث کے بعد، دوران حمل میں، اور اکثر زمانۂ رضاعت میں بھی فعلِ حیض کی عدم موجودگی ایک طبعی حالت ہے۔

سن طفولیت اور پیرانہ سالی اور زمانۂ تولید کی بے طمثیت کو فعلیاتی بے طمثیت کے نام سے موسوم کیا جا سکتا ہے۔ نیز اس کی ایک اور قسم کو بھی خاص طور پر تمیز کرنا چاہئے، یعنی وہ قسم جس میں موادِ حیض طبعی مقدار میں پیدا ہونے کے باوجود نمو کے نقائص کی وجہ سے تناسلی قنال میں سے خارج نہیں ہو سکتا۔ یہ قسم طمثِ مخفی (cryptomenorrhœa) (پوشیدہ حیض) کے نام سے تعبیر کی جاتی ہے۔ یہ صاف ظاہر ہے کہ یہ حالت صادق بے طمثیت سے بہت مختلف ہے۔ جس میں کہ حیضی نزف غائب ہوتا ہے، اور رحم میں لازمی حیضی تغیرات واقع نہیں ہوتے۔ صادق امراضیاتی بے طمثیت کے مریضوں کو دو جماعتوں یعنی ابتدائی اور ثانوی میں تقسیم کرنا مناسب ہے۔ قبل الذکر جماعت ان مریضوں پر مشتمل ہے جن میں فعل حیض کی کبھی ابتدا ہی نہیں ہوتی۔ اور موخر الذکر جماعت میں وہ تمام مریض شامل ہیں جن میں یہ غیر طبعی حالات کے زیر اثر بند ہو جاتا ہے۔ یہ نہایت مناسب ہوگا کہ طمث مخفی کو ابتدائی بے طمثیت کی، جو نمو کے نقائص کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے، ایک قسم کے طور پر بیان کیا جائے۔

ابتدائی بے طمثیت

(PRIMARY AMENORRHŒA)

یہ حالت چند ایک خلقی نقائص کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے جن میں سے بعض لا علاج ہوتے ہیں۔ نیز یہ بعض عمومی فسادات کی وجہ سے بھی پیدا ہوتی ہے جن کا علاج کسی حد تک کیا جا سکتا ہے۔

ا۔ نموی اسباب

(ا) بیضین۔ بیضین کی عدم موجودگی یا انکا ناقص نمو۔
(ب) رحم۔ کمی نمو مثلاً ناقص النمو رحم (u. rudimentarius) اور رضیعی رحم (u. infantilis) کی حالتیں (صفحہ 145)۔
(ج) عنق اور مہبل کی بے انثقابی کی حالتیں جن سے طمث مخفی کی حالت پیدا ہوتی ہے۔
(د) دروں افرازی غدد (نخامیہ، درقیہ اور بیض) کے افرازات کی قلت یا اُن کا سوءِ فعل۔
(س) فعلیاتی راجع الی السلف خواص (physiological atavistic characters)۔

۲۔ دیگر اسباب

(ا) آجل بلوغ۔
(ب) سوءِ تغذیہ۔ عصبی خستگی اور بے دمویت۔
(ج) تدرّن (tuberculosis) خواہ عمومی ہو یا رحم اور بیضین کا۔

ا۔ نموی اسباب۔ یہ اسباب مریضوں کے ایک اہم اور دلچسپ گروہ میں مرض کا باعث ہوتے ہیں۔ بیضین کے خلقی نقائص بہت نادر الوقوع ہیں۔ایک بیض کی عدم موجودگی عمل حیض پر قطعاً اثر انداز نہیں ہوتی۔اور دونوں بیضوں کی عدم موجودگی جنینی مسخوطیت (fœtal monstrosity) کی چند قسموں کے علاوہ جو رحم سے باہر زندہ نہیں رہ سکتیں، نہایت ہی قلیل الوجود ہے۔صرف محتاط امتحان بعد الموت کے ذریعہ ہی سے اس نقص کی تشخیص وثوق کے ساتھ کیجا سکتی ہے، کیونکہ یہ ممکن ہے کہ بیضین کے کسی اور جگہ واقع ہونے کے باعث ان کا سریریاتی امتحان میں، یا حوض کے جراحی استقصاء کے دوران میں بھی مشاہدہ نہ ہو سکے۔ بیضین کی ایک ناقص النمو حالت بھی پائی جاتی ہے جس میں گرافی جرابات موجود نہیں ہوتے۔یہ حالت بعض اوقات خلقی ہوتی ہے، اور بعض اوقات یہ زمانہ طفولیت کے کسی مرض کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہوتی ہے، اور ہر حالت میں یہ بلاشبہ لاعلاج ہوتی ہے۔ نخامیہ کے مقدم لختہ کے خلاصہ جات کا استعمال کرانے سے، ناقص التکون بیضوں کو ہیجان پہنچا کر فعلی نمو کی حالت میں لانے کی حال ہی میں کوشش کی گئی ہے۔بیض کے اندرونی افراز کی

قلت کا نام " زیر بیضیت "(hypo-oöphorism) رکھا گیا ہے۔ لیکن یہ اغلب ہے کہ اس قسم کا سوء فعل نخامیہ کے مقدم لختہ کی فعالیت کے نقائص کا نتیجہ ہو۔

ناقص النمو رحم (rudimentary uterus) ایک چھوٹا سا لیفی جسم ہوتا ہے جو بالعموم ٹھوس ہوتا ہے، لیکن بعض اوقات اس میں ایک غیر مکمل کہفہ بھی موجود ہوتا ہے۔ رضیعی رحم (infantile uterus) میں جنینی خواص (بڑی عنق اور نسبتاً چھوٹا جسم) برقرار رہتے ہیں (دیکھو شکل ۸۳ صفحہ 63)، لیکن اس میں ایک کہفہ ہمیشہ موجود ہوتا ہے جس کا استر غشائے مخاطی کا ہوتا ہے۔ قبل الذکر حالت مکمل اور لاعلاج بے طمثیت کا باعث ہوتی ہے، اور موخر الذکر میں نمو ایک معین حد تک ترقی یافتہ ہوتا ہے جس سے ایک غیر مکمل عمل حیض شروع ہو جاتا ہے (قلت حیض :oligomenorrhœa)۔ نام نہاد " حلزونہ نما رحم "(cochleate uterus) (صفحہ 146) کا شمار بھی اسی قسم میں ہوتا ہے۔

اگر کسی مریضہ میں رضیعی رحم سن بلوغ پر یا اس کے جلد بعد شناخت کیا جائے تو یہ ممکن ہے کہ نخامی اور تناسلی ہارمونی تجہیزات کا باقاعدہ اور مناسب استعمال رحم کے ثانوی نمو کو ترقی دینے کے لئے کارآمد ثابت ہو، اور ان کی ضرور مکمل آزمائش کرنا چاہئے۔ ایسے مریض قاعدۃً سن بلوغ کے گذرنے کے بہت عرصہ بعد مشاہدہ میں آتے ہیں جبکہ علاج کا مناسب موقع گذر چکتا ہے۔

ابتدائی بے طمثیت کے ایک اور نموی سبب یعنے معین تناسلی غدد کے نقائص کا ذکر کرنا ضروری ہے۔ اس قسم کے ایک ضرر کی طرف بہت سی سرسری توجہ دی گئی ہے۔ اور یہ قماءت (cretinism) ہے جو غدہ درقیہ کے ناقص نمو سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ حالت لڑکیوں میں لڑکوں کی نسبت زیادہ پائی جاتی ہے، اور اس سے ذہنی اور جسمانی نمو میں ایک نمایاں قلت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس حالت میں بے طمثیت اکثر پائی جاتی ہے، لیکن یہ اس کی دائمی علامت نہیں۔ اور جب یہ موجود ہوتی ہے تو اس کے ساتھ بیضیین کے گرافی جرابات کا نمو بھی ناقص پایا جاتا ہے۔ قلتِ طمث کی حالتیں جن میں حیض قلیل المقدار ہوتا ہے، اور شاذ وقفوں کے بعد آتا ہے اُن لڑکیوں میں بھی دیکھنے میں آتی ہیں جن میں زیر درقیت (hypothyroidism) اور زیر نخامیت (hypopituitarism) کے علامات موجود ہوتے ہیں۔ اس قسم کی لڑکیاں فربہ اور کاہل ہوتی ہیں، اور ان کے خط و خال موٹے ہوتے ہیں، گو دیگر لحاظات سے یہ بخوبی نمو یافتہ ہوتی ہیں۔

اخیر میں یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ فعلیاتی وظیفہ کے سلسلہ میں بھی خلقی نقائص اسی طرح واقع ہو سکتے ہیں جس طرح یہ تشریحی ساختوں کے سلسلہ میں واقع ہوتے ہیں۔ یہ بالعموم

راجع الی السلف (atavistic) اصولوں کی متابعت کرتے ہیں، اور ان کی ایک نہایت ممتاز مثال "طمثِ ابیض" (White Menstruation) ہے۔ جن عورتوں میں یہ خلاف قاعدگی پائی جاتی ہے ان میں فعلِ حیض طبعی طریقہ پر کبھی انجام نہیں پاتا یعنی دروں رحمہ (endometrium) سے کوئی نزف واقع نہیں ہوتا، گو تناسلی اعضا کی بناوٹ اور ساخت میں کوئی غیر طبعی حالت نہیں پائی جاتی۔ ایسے موضوعات میں معمولی مجہوداتِ حیض (molimina) پائے جاتے ہیں جو پیش شبقی زمانہ (pro-œstrum) کی ابتدا سے تعلق رکھتے ہیں، مگر بعد میں جو مواد خارج ہوتا ہے وہ صرف رحم کے غدد کے افراز پر ہی مشتمل ہوتا ہے۔ نہ تو دروں رحمہ میں تنخر رونما ہوتا ہے، اور نہ کوئی خارجی نزف ہی واقع ہوتا ہے۔ اس حالت کی متناظر مثال کا مطالعہ کسی کثیر شبقی پستانیہ (polyœstrus mammal) مثلاً مہنو بھیڑ کے تناسلی دور پر غور کرنے سے کیا جاسکتا ہے جس میں دو شبقی دور (diœstrus cycles) قلیل المدت ہوتے ہیں، اور کاذب حمل کے انجام پر بافتوں کا تنخر نہیں پایا جاتا۔ اسی قسم کے راجع الی السلف فعل کے قلیل الاہمیت مدارج انواعِ الانسان میں قلیل الوقوع نہیں۔ ان موضوعات میں نزفِ حیض کی مقدار بہت کم ہوتی ہے، اور بعض اوقات یہ صرف چند گھنٹے ہی جاری رہتا ہے۔ بخلاف اس کے ایسا بھی ہوتا ہے کہ ماہواری ایام کے درمیان بے طمثیت کے بظاہر طویل المدت وقفے پائے جاتے ہیں۔

بے طمثیت (amenorrhœa) کی اس قسم کو شناخت کرنے کی اہمیت یہ ہے کہ تبویض (ovulation) طبعی ہوتی ہے، اور اس لئے باروری میں کوئی نقص واقع نہیں ہوتا۔ لہٰذا ابتدائی بے طمثیت کی کسی مریضہ میں محتاط طبیبی امتحان کرنے کے بغیر حمل کے امکانات کے متعلق کسی قسم کی کوئی رائے ظاہر کرنا قرینِ عقل نہیں۔ اگر کوئی جلی مقامی تشریحی بدشکلی موجود نہ ہو تو ایسی بے طمثیت حقیقی ہونے کی بجائے ظاہری ہوتی ہے، اور جو دروں رحمی تنخر عام طور پر واقع ہوتا ہے اس کا انقطاعِ وقوع صرف راجع الی السلف ہوتا ہے۔

حیض کی کچھ اسی قسم کی ایک اور خلاف قاعدہ حالت "طمثِ بدیلی" (vicarious menstruation) ہے۔ اس کا ذکر آئندہ کیا جائیگا (دیکھو صفحہ 173 و 174)۔

طمثِ مخفی (Cryptomenorrhœa)۔ اس حالت کے پیدا ہونے کے لئے یہ ضروری ہے کہ حیض کے لازمی اعضا یعنی رحم اور بیضین بخوبی نمو یافتہ ہوں، اور نسدد کا کوئی نہ کوئی سبب تناسلی قنال کے حصۂ زیرین میں موجود ہو جو موادِ حیض کو خارج ہونے سے روکتا ہو۔ تسدد

فم داخلی سے نیچے قنال کے کسی حصہ میں بھی پایا جاسکتا ہے، اور اس کا عام ترین محل دہنۂ مہبل (ostium vaginæ) ہے۔ حیض کا محبوس مواد قنال کو محلِ تسدد سے اوپر متسع کر دیتا ہے۔ چنانچہ جب تسدد فرج پر واقع ہو تو مہبل ایک بہت بڑی حد تک متسع ہوجاتی ہے۔ جب کبھی سیال بہت بڑی مقدار میں موجود ہوتا ہے تو رحم بھی پر ہوجاتا ہے اور زائد سیال فلوپی نلیوں میں سے بہ نکلتا ہے۔ نلیوں میں سے خون پہلے پہل کہفۂ باریطون میں ٹپکتا ہے، لیکن اس کے بعد شکمی دہنے مسدود ہوجاتے ہیں، اور نلیوں میں بھی خون جمع ہوجاتا ہے جو کم وبیش نمایاں طور پر متسع ہوجاتی ہیں۔

تسدد کا عام ترین محل دہنۂ مہبل ہے۔ گاہے گاہے مہبل کے ثلثِ وسطی اور عنق میں تسدد پایا جاتا ہے، لیکن اول الذکر کے مقابلہ میں موخر الذکر محلات پر یہ بہت نادر الوقوع ہوتا ہے۔ دہنۂ مہبل پر یہ ضرر سادڈایافرام کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے جسے **غیر منثقب پردۂ بکارت** (imperforate hymen) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے۔ (دیکھو صفحہ 154 و 155)۔

دہنۂ مہبل کا تسدد گاہے گاہے زمانۂ شیر خوارگی ہی میں التہاب مہبل سے پیدا ہوجاتا ہے جس سے مقابل کی سطحیں ایک دوسرے سے چپک جاتی ہیں۔ اس قسم کی مسدودیت بالعموم غیر مکمل ہوتی ہے، اور اس سے اختفائے حیض پیدا نہیں ہوتا (دیکھو شکل ۱۱۰)۔ بعض اوقات سن بلوغ میں انغثاث (sloughing) اور اس کے مابعد ندبی انقباض سے مہبل یا عنق میں مسدودیت پیدا ہوجاتی ہے، مگر یہ شاذونادر ہی طمثِ مخفی کا باعث ہوتی ہے۔

مجتمع خونِ حیض تمام مہبل کو متمدد کر دیتا ہے (مہبلی اجتماع الدم :hæmatocolpos) جو بتدریج اس قدر متسع ہوجاتی ہے کہ اس میں دو سے تین پائنٹ تک سیال موجود ہوتا ہے۔ بڑا سا مہبلی اجتماع الدم گنبد نما شکل کا ہوتا ہے جو شکم پر سے حس پذیر ہوتا ہے۔ اور بعض اوقات ناف تک بلند ہوجاتا ہے، اور تمام کہفۂ حوض کو پُر اور معائے مستقیم کو مضغوط کر دیتا ہے، یہاں تک کہ قنالِ مبرز بھی کبھی متمدد ہوجاتی ہے۔ رحم اور اس کے ساتھ ہی نلیاں اور بیضین بھی مرتفع ہوجاتے ہیں، اور اکثر اوقات خارجی امتحان پر ورمِ شکم کی چوٹی پر متمکن محسوس کئے جاسکتے ہیں (دیکھو شکل ۱۲۰)۔ جوں جوں مہبل کی مقدم دیوار متمدد ہوتی جاتی ہے مبال طویل ہوتا جاتا ہے، اور مثانہ اوپر کی طرف اٹھتا جاتا ہے، حتیٰ کہ یہ تمام ایک شکمی عضو بنجاتا ہے۔ قنالِ عنق کا حصۂ زیرین اکثر اوقات متسع پایا جاتا ہے، لیکن خونِ حیض کا اجتماع رحم اور فلوپی نلیوں میں صرف شاذونادر ہی دیکھنے میں آیا ہے۔ بہرکیف اس امر کے امکان کا خیال رکھنا چاہئے کیونکہ اس کی سریریاتی اہمیت

معتد بہ ہے۔

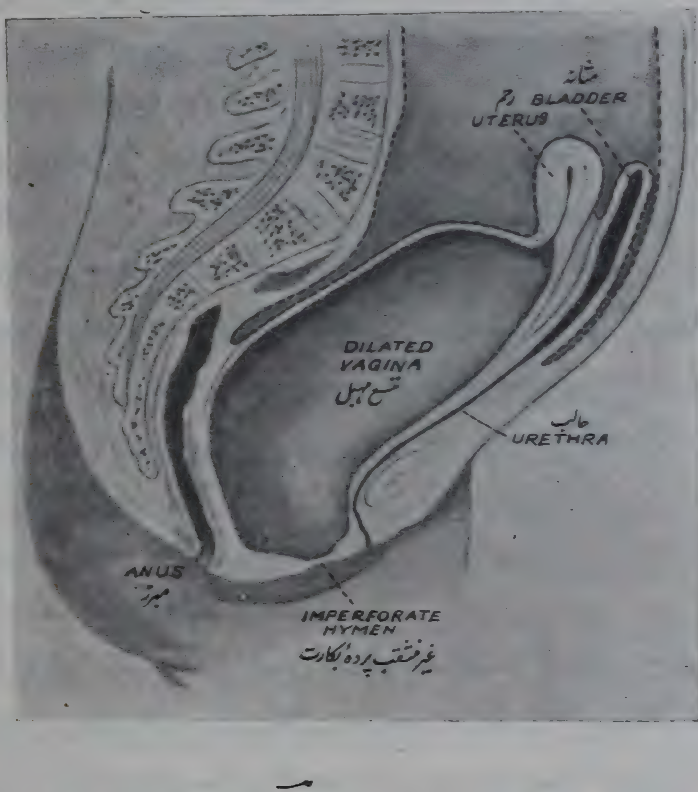
سر یریاتی خصائص۔ متذکرہ حالت تقریباً پندرہ سے لیکر اٹھارہ سال تک کی لڑکیوں میں پائی جاتی ہے۔ اجتماعِ سیال کی رفتار سیلانِ حیض کی مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ جب محبوس سیال بتدریج جمع ہو رہا ہو تو ممکن ہے کہ حیض نہ آنے کے علاوہ اور دوسرے کوئی علامات موجود نہ ہوں، اور اس صورتِ حالات کی طرف توجہ مبذول ہونے سے پیشتر مریضہ کی عمر سترہ یا اٹھارہ سال کی ہو جائے۔ جب اجتماعِ خون تیزی سے ہو رہا ہو تو دردِ شکم کے نوبتی حملے اکثر پائے جاتے ہیں، اور اس قسم کے مریض کم عمری ہی میں زیرِ مشاہدہ آجاتے ہیں۔ درد کے حملے ایامِ حیض کے ساتھ بظاہر متناظر معلوم ہوتے ہیں، اور بلا شبہ تازہ نزف سے پیدا ہوتے ہیں جس سے پہلے ہی سے متمدد مہبل کے تناؤ میں بسرعت اضافہ ہو جاتا ہے۔ مگر یہ حملے ہر ماہ لازمی طور پر نہیں ہوتے بلکہ کم و بیش طویل اور بے قاعدہ وقفوں پر ہوتے ہیں۔ بعض اوقات ان کے ساتھ ہی تپش کی زیادتی بھی مشاہدہ میں آتی ہے، اور اس قسم کی حالتیں گاہے گاہے غلطی سے التہاب کے وہ متوالی حملے تصور کر لی جاتی ہیں جو زائدہ (appendix) کے سلسلہ میں ہوتے ہیں (سائرڈے :Siredey)[1]۔ مزمن مریضوں میں شکم کی کلانی دیکھنے میں آتی ہے جو بتدریج واقع ہوتی ہے، اور بعض اوقات احتباسِ بول کے حملے بھی ہو جاتے ہیں، اگرچہ یہ بہت نادر الوقوع ہیں۔ ان حملوں کی توجیہ مثانہ اور مبال کے سابق الذکر تغیرات سے ہوتی ہے۔

شکم کا امتحان کرنے پر زیر معدی خطہ میں ایک گنبد نما، لچک دار، تثبّت ورم محسوس کیا جا سکتا ہے جس کی محدب چوٹی پر ایک ٹھوس حرکت پذیر جسم ہوتا ہے جو رحم کو ظاہر کرتا ہے۔ اگر مثانہ متمدد ہو تو اس کی مقدم طرف کو پوشیدہ کر دیتا ہے۔ اور جب یہ عضو خالی ہوتا ہے تو ورم امعاء کی گنڈلیوں کی وجہ سے جو اس کے اور دیوار شکم کے درمیان حائل ہوتی ہیں قرع پر زیر رنان (subresonant) ہوتا ہے۔ مہبل کا امتحان کرنے پر شفر تین طبعی حالت میں پائے جائینگے، اور غشائے ساد کے خواص بآسانی نظر آجائیں گے۔ عجانی جسم میں کبھی کبھی بروز پایا جائے گا، اور مہبل کے انتہائی تمدد کی حالت میں مبرز کسی قدر مرتخی ہوگی۔ مستقیمی امتحان پر انگلی سے ایک تنیدہ ورم شناخت کیا جائے گا جس سے کہفہ حوض کم و بیش مکمل طور پر پُر ہو گا، اور ممکن ہے کہ

[1] Franco-British Medical Review, Vol. VIII., No. 1.

امعاء کا یہ حصہ بھی اس سے مضغوط ہو گیا ہو۔

مہبل کی خلقی بے انشقابی (congenital vaginal atresia) جو احتباسِ سیالِ حیض کا باعث ہوتی ہے مسدودیت فرج کی نسبت بہت قلیل الوقوع ہے۔ غیر منثقب



شکل ۱۲۰۔ مہبلی اجتماع الدم (ہیمیٹو کالپاس) (کُلنگ ورتھ کے مطابق)۔ قنالِ عنق بھی فم داخلی کے لیول تک متسع ہو گئی ہے۔ مبال کے تطول اور جسم رحم اور مثانہ کے ارتفاع کو غور سے دیکھا جائے۔

پردۂ بکارت کی نسبت بے انشقابی مہبل کے ساتھ اکثر اوقات دیگر نقائص بھی موجود ہوتے ہیں جو عمل حیض کی ابتدا کے ساتھ تناقض ہوتے ہیں، لہٰذا ان مریضوں میں ایک سے سریریاتی علامات موجود نہیں ہوتے۔ مہبل کے زیریں ایک تہائی حصہ کی بے انشقابی سے مہبلی

اجتماع الدم (hæmatocolpos) پیدا ہو سکتا ہے جس کا نیچے کا سرا فرجی تہ انبان سے یعنی بافت کے ایک فاصل سے علیحدہ ہوتا ہے جس کی دبازت اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ اگر رحم اور بیض کا نمو طبعی ہو تو مہبل کے بالائی حصہ کی بے انثقابی سے احتباسِ خون صرف رحم ہی میں واقع ہوگا۔

عنق کی خلقی بے انثقابی (congenital atresia of the cervix) ایک نادر الوقوع حالت ہے۔ بعض اوقات یہ تضاعفِ رحم کی حالتوں میں پائی جاتی ہے (دیکھو صفحہ 147)، جبکہ کہفۂ رحم کی ایک قسمت کا مخرج مسدود ہو اور اس سے رحمی اجتماع الدم (hæmatometra) پیدا ہو جاتا ہے جو دوسرے رحمی قرن کے جو طبعی طور پر نمو یافتہ ہوتا ہے دوش بدوش موجود ہوتا ہے۔ تاوقتیکہ تضاعفِ رحم کی شناخت نہ ہو جائے رحمی اجتماع الدم کی اس قسم کو سریری طور پر معلوم کرنا بہت مشکل ہوتا ہے، کیونکہ یہ ممکن ہے کہ رحم کے دوسرے نصف سے حیض طبعی طور پر آتا ہو۔ عنق کی اکتسابی بے انثقابی (acquired atresia) اس سے بھی زیادہ نادر الوقوع ہے اور عنق کے ترقیعی عملیہ مثلاً بتر کے نتیجہ کے طور پر پائے جانے کے علاوہ شاذ و نادر ہی دیکھنے میں آتی ہے۔

غیر منثقب پردۂ بکارت کا علاج غشائے ساد میں معدمِ حس کے زیر اثر سخت دافع عفونتی احتیاط سے شگاف دینے پر مشتمل ہے۔ یہ شگاف چاقو سے یا حراری کوات (thermo - cautery) سے دیا جاتا ہے۔ محبوس سیال کی رنگت تاریک سرخ یا سرخی مائل بھوری ہوتی ہے، اور اس کی بستگی لزج ہوتی ہے، اور یہ آہستہ آہستہ باہر کی طرف بہتا ہے۔ اس کی لزوجت کی وجہ سے نطول (douche) کی مدد سے بھی اس کو مکمل طور پر الگ کرنا مشکل ہوتا ہے۔ اس کے بعد غشائے ساد کے بقیہ حصے قینچی سے کاٹ دئے جاتے ہیں۔ اور کنارے تانت سے ملا دئے جاتے ہیں۔ مہبل کے خالی ہوتے ہی احتیاط سے دو دستی امتحان کرنا چاہئے، اور عنق کے درجۂ انفتاح اور رحم کی جسامت اور قلوی نلیوں کی حالت معلوم کر لینا چاہئے۔ اگر رحم اور نلیوں میں کوئی اجتماعِ خون نہ ہؤا ہو تو قنالِ مہبل کو نطول سے حتی الامکان مکمل طور پر صاف کر دینا چاہئے، اور دیوار ہائے مہبل سے اس لیس دار سیال کو دور کرنے کے لئے کوئی عقیم قلوی محلول نہایت مناسب ہوتا ہے۔ بعد میں فرج کو جراحی طور پر صاف رکھنے اور مواد کو دافع عفونتی روئی کی گدیوں پر لینے کے لئے بہت احتیاط مطلوب ہوتی ہے۔

اگر سیالِ حیض رحم میں جمع ہو چکا ہو تو یہ از خود کچھ عرصہ میں باہر بہ آئے گا۔ کہفۂ رحم کو

نطول سے صاف نہ کرنا چاہئیے، کیونکہ اگر نلیاں کسی قدر عریض ہوگئی ہونگی تو ان میں نطول کے سیال کے داخل ہوجانے کا خطرہ ہوگا۔ چونکہ قنالِ عنق کو زیادہ عرصہ کے لئے عقیم رکھنا ممکن نہیں اس لئے رحمی اجتماع الدم (hæmatometra) کی حالت میں عفونت کا بہت خطرہ ہوتا ہے۔ اور اگر ممرض عضویات داخل ہوجائیں تو یہ حالت صعودی سرائت کی ترقی کے لئے خاص طور پر موافق ثابت ہوتی ہے۔

اگر نلیاں متسع پائی جائیں تو شکم میں فوراً شگاف دیکر نلیوں کی حالت کا باحتیاط امتحان کرنا چاہئیے۔ معیاری تدبیر یہ ہے کہ مختوم نلیوں کو کھولنے اور ان سے خون نکالنے کے بعد مصنوعی شکمی دہنہ بنادیا جائے (دیکھو صفحہ 825)۔ گو بعض اوقات نلیوں اور رحم کو دور کر دینا بھی ضروری ہوتا ہے۔ مبیضین کو رہنے دینا چاہئیے کیونکہ یہ تقریباً تمام مریضوں میں تندرست ہوتے ہیں۔

۲۔ ابتدائی بے طمثیت کے عمومی اسباب۔

(ا) بلوغ آجل (Delayed Puberty)۔ اس حالت میں ابتدائے حیض کا فقدان اُن تغیرات کی عدم موجودگی یا ناقص تکمیل کو متلازم ہوتا ہے جو زمانۂ بلوغ میں طبعی طور پر پائے جاتے ہیں (دیکھو صفحہ 115)۔ چنانچہ پستان ناقص النمو رہتے ہیں، اور چربی کی فوق عانی گدی (جبل زہرہ: mons Veneris) ظاہر نہیں ہوتی۔ شفرتین کبیر پر بال نہیں اُگتے، اور یہ پتلے اور سطحی خط پر کسی قدر کشادہ رہتے ہیں، جس کی وجہ سے شفرتین صغیر دکھائی دیتے ہیں۔ صنفی پختگی تک پہنچنے سے پیشتر بعض اوقات بیس یا پچیس سال کی عمر ہوجاتی ہے، لیکن تاوقتیکہ کوئی شدید نموی نقص موجود نہ ہو، جس سے کہ مستقل "تصبی" (infantilism) پیدا ہوجاتی ہے، ایسے افراد کا نمو بالآخر طبعی ہوتا ہے۔

سنِ بلوغ پر بے طمثیت کے اختلاف پذیر زمانے اکثر پائے جاتے ہیں، اور جب دونوں بیض اور رحم مکمل طور پر نمو یافتہ ہوجاتے ہیں اور طبعی طور پر فعل کرنے لگتے ہیں تو یہ حالت غائب ہوجاتی ہے۔ فعلِ حیض کی ابتدا پر غیر موزوں ماحول اور حد سے زیادہ دماغی اور جسمانی مشقت کا مضر اثر پڑنے کا احتمال ہوتا ہے۔ خراب غذا، ناکافی ورزش، تمام قسم کی حد سے زیادہ محنت اور دماغی پریشانی ایسے اسباب ہیں جن کا مضر اثر جہاں تک اس مرض کا تعلق ہے نخامیہ، مشارکی اور دروں افرازی نظامات کے باہمی تعامل سے پیدا ہوتا ہے۔

(ب) پہلے یہ خیال کیا جاتا تھا کہ عدم دمویت آغازِ حیض پر امتناعی اثر کرتی ہے،

لیکن ہمارا تجربہ یہ ہے کہ اسے اس امر کا سبب قرار دینے میں مبالغہ سے کام لیا گیا ہے۔ اخضریت (chlorosis) اِن امراض میں سے ہے جو پہلے کثیر الوقوع تھے اور اب شاذونادر ہی دیکھنے میں آتے ہیں۔ یہ مرض ناقص التغذیہ اور کمزور افراد میں جو غذائی فتورات کے مریض ہوں واقع ہوتا ہے، اور اکثر حالتوں میں ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ آغازِ حیض سے پہلے واقع ہونے کی بجائے اسکے بعد رونما ہوتا ہے۔

(ج) پھیپھڑوں کے تدرّن (tuberculosis) کی ترقی یافتہ حالتیں اور اکثر اوقات شکمی تدرّن بھی ایسے مریضوں میں پائے جاتے ہیں جن میں آغازِ حیض میں تاخیر واقع ہوجاتی ہے۔ موخرالذکر حالت میں مرض سے گرافی جرابات (Graafian follicles) کے تباہ ہوجانے سے اس امر کی توجیہ ہوتی ہے۔ عدمِ دمویت کی طرح یہ مرض بھی زیادہ تر سن بلوغ کے بعد پیدا ہوتا ہے، اور اس سے پہلے پیدا نہیں ہوتا۔

ابتدائی بے طمثیت کا علاج۔ جب آغازِ حیض کے اوسط سن کے بعد دو یا تین سال گذر جائیں اور حیض نہ آئے تو مریضہ کے متعلق محتاط تحقیق کی ضرورت ہوتی ہے۔ عمومی صحت کی حالت، بلوغ کے ممیز تغیرات کی موجودگی اور عمومی نمو ایسے امور ہیں جن کی طرف پہلے خیال کرنا چاہیئے۔ اگر امتحان کا یہ جزو منفی ثابت ہو تو مقامی امتحان کی ضرورت پڑتی ہے، اور اگر معائنہ پر فرج اور دہنۂ ہبل طبعی حالت پر پائے جائیں تو یہ امتحان معدمِ حس کے زیرِ اثر کرنا چاہیئے۔ جن ممکن الوجود نقائص کا اوپر ذکر کیا گیا ہے اُن میں سے ایک ایک کے متعلق تحقیقات کرنا چاہیئے، اور انذار کا انحصار ضرر کی نوعیت اور اس کے درجہ پر ہوتا ہے۔

درقیہ (thyroid)، یا نخامیہ (pituitary) کے مقدم لختہ یا صنفی ہارمون (sex hormone) کی فعالیت کی قلت کا علاج درقی غدہ، نخامیہ کے خلاصہ جات (pituitary extracts)، اور الیسٹرین (œstrin) کے پورے پورے فعلیاتی مقداوات کا فرداً فرداً استعمال کرانے سے کیا جاتا ہے۔ ان کے اثرات کا احتیاط سے خیال رکھنا چاہیئے، اور ممکن ہے کہ اس دروں افرازی علاج کو کئی ایک ماہ تک جاری رکھنا پڑے۔ ابتدائی بے طمثیت کا کوئی نوعی علاج نہیں، لیکن الیسٹرین اور نخامی غدہ کے صنفی ہارمونوں کا استعمال علم العلاج کے اس پہلو کے متعلق، جو پہلے بہت ناقابلِ اطمینان تصور کیا جاتا تھا، مزید معلومات حاصل کرنے کے لئے جدید تحریک کا باعث ہُوا ہے۔

ثانوی بے طمثیت
(SECONDARY AMENORRHŒA)

اسباب

۱۔ (ا) عمومی لاغری جو حاد مرض سے پیدا ہوئی ہو، یا دوران نقیہیت میں مرض یا عملیہ کی وجہ سے موجود ہو۔

(ب) مزمن امراض مثلاً تدرن، ذیابیطس، ملیریا، صنفی اعضا کے علاوہ دوسرے اعضا کا خبیث مرض، عدم دمویت وغیرہ کی شدید قسموں کے متاخر مدارج۔

۲۔ عمومی حالات مثلاً ماحول یا آب و ہوا کی تبدیلی، قید، دفعتہً سردی لگ جانا وغیرہ۔

۳۔ بعض دروں افرازی غدد کے فتورات، خاصکر نخامیہ اور درقیہ کے۔

۴۔ عصبی نظام کے فتورات جو خواہ مرکزی ہوں، مثلاً جنون اور ہسٹیریا وغیرہ کی مختلف قسمیں، اور خواہ معکوس، جو عصبی صدمہ یا حد سے زیادہ دماغی یا جسمانی محنت وغیرہ کی قسم کے اسباب سے پیدا ہوتے ہیں۔

۵۔ مزمن مسمومیت کی بعض قسمیں، مثلاً مارفیا (morphia) کھانے کی عادت یا دوسری دواخوئیاں، مزمن الکحلیت، سیسہ سے پیدا شدہ مسمومیت وغیرہ۔

۶۔ مقامی حالتیں۔

(ا) رحمی ذبول (uterine atrophy)، مثلاً بیش التفاف (superinvolution)، یا قبل از وقت انقطاع الطمث۔

(ب) رحم یا بیضین کی جراحی علیحدگی۔

(ج) کہفۂ رحم کا انطماس (obliteration) مثلاً اغشاث سے یا ریڈیئم وغیرہ سے دروں رحمہ کی تباہی کے بعد۔

(د) دوجانبی ٹھوس بیضی سلعات۔

حیویت کے نمایاں نقصان سے جو خواہ مرضِ حاد یا لاغری پیدا کرنے والے مرض کی وجہ سے ہو، اور خواہ عصبی خستگی کی وجہ سے ہو، فعل حیض عارضی طور پر معطل ہو جاتا ہے۔ یہ ایک

واقعہ ہے کہ کسی ایسی حالت سے جس سے قوائے جسمانی شدید طور پر متاثر ہوں صنفی فعل سب سے پہلے منقطع ہوجاتا ہے ۔ ایسی حالتوں میں حیض کے بند ہوجانے کا مطلب یہ ہے کہ تبویض موقوف ہوگئی ہے، اور جب صحت بہتر ہوگی تو یہ عمل بھی شروع ہوجائے گا۔ حادوات الریہ (نمونیا) انفلوئنزا اور تپ محرقہ (typhoid) وغیرہ سے جو بے طمثیت پیدا ہوتی ہے وہ اسی قسم کی ہوتی ہے۔ اسی طرح جراحی عملیہ سے جس کے لئے یہ ضروری نہیں کہ وہ اعضائے حوض پر ہی ہو، خاص کر عصبی المزاج اور نہایت ذکی الحس عورت میں تبویض پر امتناعی اثر ہونے اور اس سے حیض کے بند ہوجانے کا احتمال ہوتا ہے ۔ مندرجہ بالا فہرست کی معتدبہ توسیع کی جاسکتی ہے، اور جن حالتوں کا اس میں ذکر کیا گیا ہے وہ محض مثالوں کے طور پر ہی بیان کی گئی ہیں۔ خارج الحوض مرض کا حیض پر غالباً کوئی نوعی اثر نہیں ہوتا۔ لیکن یہ کسی قدر صحیح معلوم ہوتا ہے کہ عملِ حیض ایک ایسا فعل ہے جو عمومی صحت کی نمایاں خرابی سے بآسانی موقوف ہوسکتا ہے۔ اس سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ اس کے لئے کسی نوعی علاج کی ضرورت نہیں کیونکہ مریضہ کی صحت کے درست ہونے سے حیض پھر آنے لگتا ہے۔

اگرچہ تمام شدید عدم دمویتوں میں بے طمثیت بالعموم موجود ہوتی ہے، لیکن اخضریت (chlorosis) سے بالخصوص اس مرض کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ سابقہ زمانہ میں یہ حالت سولہ سے پچیس سال تک کی عمر کی لڑکیوں میں بے طمثیت کے عام ترین اسباب میں سے تھی۔ زمانۂ حال میں یہ مرض بہت نادر الوقوع ہے، بلکہ تقریباً غائب ہوگیا ہے کیونکہ اب بچے اور نوجوان عورتیں بہتر صحی حالات میں زندگی بسر کرتے ہیں۔ ایسے مریضوں کا علاج یہ ہے کہ اعضائے ہضم کی طرف توجہ کی جائے، قبض کو رفع کیا جائے اور لوہے (iron)، تانبے (copper) اور سنکھیا (arsenic) کا داخلی استعمال کرایا جائے۔ تازہ ہوا، عمدہ غذا اور محنت سے فراغت مفید مساعدات ہیں، اور عارضی عدم دمویت کی بعض حالتوں میں جو عمومی اسباب سے پیدا ہوئی ہوں طبعی فعلِ حیض کو از سرِ نو جاری کرنے کے لئے جو کچھ ضروری ہوتا ہے وہ صرف اتنا ہی ہے۔

الکحل، سیسہ، مارفین اور کوکین کی مسمومیت کے ترقی یافتہ مدارج میں اگر تغذیہ کے انتہائی اختلالات موجود ہوں تو بے طمثیت بالعموم پائی جاتی ہے۔ گاہے گاہے کثرت سے شراب پینے سے اکثر کثرتِ طمث پیدا ہوتی ہے، اور زیادہ عرصہ تک مسلسل شراب پیتے رہنے سے بے طمثیت پیدا ہوتی ہے۔

بے طمثیت کے ساتھ فربہی کافی کثرت کے ساتھ پائی جاتی ہے، اور ساتھ ہی نخامیہ کے

مقدم لحمتہ کی قلتِ فعل بھی بالعموم موجود ہوتی ہے۔ شدید خوف اور ہسٹیریا کی طرح کے عصبی اختلالات سے حیض طویل مدت تک بند رہتا ہے، اور ماحول کی تبدیلی مثلاً قید اور آب و ہوا کے انتہائی تغیرات کا بھی یہی اثر ہوتا ہے۔ یہ اغلب ہے کہ ان حالتوں میں مشار کی عصبی نظام کے ذریعہ سے نخامیہ پر امتناعی اثر پڑنے سے تبویض منقطع ہو جاتی ہو۔ پرولین الف (prolan A) کی پیدائش بند ہو جاتی ہے، اور گرافی جرابات میں پختگی واقع نہیں ہوتی۔

جن مقامی حوضی حالات کا اندراج مذکورہ بالا فہرست میں کیا گیا ہے ان کا ذکر آئندہ ابواب میں کیا جائیگا۔

اس امر کا بیان کرنا ضروری ہے کہ ثانوی بے طمثیت کے مریضوں کی ایک خاص تعداد ایسی ہے جن میں اس عارضہ کی پیدائش کی کوئی وجہ معلوم نہیں کی جا سکتی۔ ایسی عورتیں اپنے آپ کو صنفی طاقت کے اختتام سے پیدا شدہ قبل از وقت انقطاع الطمث کی مریض بتانے لگتی ہیں۔ بعض مریضوں میں بہت سے علاج کے بعد جو بظاہر بے سود معلوم ہوتا ہے حیض آنا شروع ہو جاتا ہے، اور اس کا طبعی دور جاری ہو جاتا ہے۔ بعض میں ایسا بھی ہوتا ہے کہ اگرچہ حیض طویل وقفوں کے بعد آتا ہے لیکن اس کا نوبتی ماہواری دور ازسرنو ہرگز قائم نہیں ہوتا۔ موخرالذکر حالتوں میں عمومی صحت بعض اوقات قابل اطمینان ہوتی ہے، اور ایک یا دو بچے بھی پیدا ہو جاتے ہیں، گو ایسی عورتوں میں اعلیٰ درجہ کی قوتِ تولید شاذ و نادر ہی پائی جاتی ہے۔

بے طمثیت کے مریضوں کی ایک خاص تعداد میں بعض اوقات حیض کے چند علامات متعلقہ ماہواری ایام کے متناظر اوقات پر نمودار ہوتے ہیں جیسا کہ یہ انقطاع الطمث کی فعلیاتی بے طمثیت کے ابتدائی سالوں میں رونما ہوتے ہیں۔ یہ علامات جن کو مجہوداتِ حیض (menstrual molimina) (*molimen* = جہد) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے ہماری رائے میں صنفی ہارمون یا ''ایسٹرین'' (œstrin) کی فعالیتوں کا سریری مظہر ہیں۔ چنانچہ بعض اوقات دردِ سر، دردِ حوض، دردِ کمر اور متلی کی شکائتیں موجود ہوتی ہیں جو ایک یا دو دن میں رفع ہو جاتی ہیں، اور مریضہ غالباً ان کو انہی تکالیف کے مشابہ خیال کرتی ہے جو اُسے پہلے حیض کے سلسلہ میں محسوس ہوتی تھیں۔

تولیدی فعل اور دروں افرازی غدد کے قریبی تعلق کی وجہ سے یہ ضرور توقع رکھنا چاہئے کہ موخرالذکر کے ضرات میں بے طمثیت ضرور پائی جائے گی۔ درقیہ کے افراز کی قلت کا

"قماءت" (cretinism) کے سلسلہ میں ذکر کیا جاچکا ہے (صفحہ 164)۔ اگر مخاطی اذیما (myxœdema) بہت طویل المدت ہو تو اس سے رحمی ذبول واقع ہو جاتا ہے جو بعض اوقات مستقل بے طمثیت پر منتج ہوتا ہے۔ جہاں تک نخامی غدہ کا تعلق ہے ایسی درونی بالیدوں یا ایسے دو بیروں سے جو اس کے مقدم لختہ پر دباؤ ڈالیں "شحمی تناسلی سوءِ تغذیہ" (dystrophia adiposo-genitalis) کا فرولک کا علائمیہ (Frölich's syndrome) پیدا ہو سکتا ہے۔ اور یہ ایک ایسا عارضہ ہے جس میں لازمی داخلی افرازات کے انقطاع کی وجہ سے ناقص تبویض اور بے طمثیت پائی جاتی ہے۔ بخلاف اس کے مقدم لختہ کی بیش پرورش سے جیسی کہ کبر الجوارح (acromegaly) میں پائی جاتی ہے عورتوں میں مردانہ خواص پیدا ہو جاتے ہیں جو بے طمثیت پر منتج ہوتے ہیں۔ نیز فوق گردہ کے قشرہ کی بیش تکوینی حالتوں اور اس غدہ کی نوساختوں کی موجودگی میں بھی مردانہ پن بے طمثیت کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ ایسی تمام حالتوں میں علاج کو کارگر بنانے کے لئے ماؤف غدہ کی طرف توجہ دینا چاہئے، یعنی اگر اس کی فعالیت ضرورت سے زیادہ ہو تو اس کو کم کیا جائے، اور یا اگر اس کا داخلی افراز کم ہو تو غدی خلاصہ جات دئے جائیں۔

ثانوی بے طمثیت کا علاج۔ بے طمثیت کو خالصتہً ایک علامت سمجھنا چاہئے اور مرض نہ سمجھنا چاہئے۔ لہٰذا مسبّب مرضی کیفیت کا علاج کرنا چاہئے، اور کامیابی سے اس کا تدارک کرنے کا اثر یہ ہوتا ہے کہ فعلِ حیض از سرِ نو جاری ہو جاتا ہے۔

رسم و رواج سے اور نسلاً بعد نسلٍ سنتے چلے آنے سے یہ خیال راسخ ہو گیا ہے کہ حیض کا باقاعدہ آنا جسمانی صحت کے لئے لازمی ہے، اور اگر حیض اُن ایام میں نہ آئے جن میں یہ بالعموم آنا تھا تو بہت سے مریضوں اور ان کے قریبی رشتہ داروں کو فکر لاحق ہو جاتی ہے۔ اگر دوسرے اور کوئی علامات موجود نہ ہوں، اور مریضہ دوسرے لحاظات سے تندرست ہو تو اس امر کی طرف اشارہ کر دینا کافی ہوتا ہے کہ حیض کے متعلق جو خیالات عام طور پر پائے جاتے ہیں وہ غلط ہیں، اور غیر ضروری علاج سے جو اکثر بے سود ثابت ہوتا ہے احتراز کرنا چاہئے۔ بہت سی ایسی عورتیں ہیں جن کو حیض عمر بھر باقاعدگی سے نہیں آتا، اور بعض کو بالکل نہیں آتا۔ یہ صحیح ہے کہ اس قسم کی بیشتر عورتوں کی قوتِ تولید کم ہوتی ہے، لیکن ایسی بھی کئی ایک مثالیں موجود ہیں جن سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ فعلِ حیض کی زیادہ عام اور طبعی شکل بارآوری تک کے لئے بھی ضروری نہیں۔ ہم نے ایسے واقعات دیکھے ہیں جن میں انقطاع الطمث (menopause) کے دو سال بعد

استقرارِ حمل ہُوا تھا۔ اور ایک مثال میں ایک ایسی عورت حاملہ ہوگئی تھی جس کو عمر بھر میں صرف ایک دفعہ حیض آیا تھا (بی۔ ڈبلیو)۔

فعلِ حیض کے متعلق جو فعلیاتی تحقیقات حال ہی میں ہوئی ہے اس سے ثانوی بے طمثیت
کے علاج کے لئے جدید اصول قائم کئے گئے ہیں۔ اب یہ امر تسلیم کر لیا گیا ہے کہ اس قسم کے علاج کا نصب العین 172
یہ ہونا چاہئے کہ فعلِ تبویض جو عارضی طور پر موقوف ہوگیا ہے از سرِ نو قائم ہو جائے۔ چند حالتوں میں اس فعل کو نخامیہ کے مقدم لختہ کے خلاصہ جات کا استعمال کرانے سے، جو یا تو اکیلے دئے جاتے ہیں اور یا درقیہ کے ساتھ ملا کر دئے جاتے ہیں، اس فعل کو قائم کیا جا سکتا ہے۔ بعض محققین نے سنینِ حال میں مبیضین اور نیز زیر بالہ (hypophysis) کی نوری تشعیع (light irradiation) کی بہت تعریف کی ہے (فان ڈی ویلڈ :Van de Velde، فلیٹو :Flatau، تھیلر :Thaler)۔ مبیضی تشعیع کے موضوع پر حال ہی میں میو کلینک (Mayo Clinic) میں ڈرپس (Drips) اور فورڈ (Ford) نے دوبارہ غور کیا ہے، اور $\frac{1}{20}$ تا $\frac{1}{15}$ جلدی اریثیمائی معتاد (skin erythema dose) علاج کے لئے نہایت موثر تصور کیا گیا ہے۔ پارکس (Parkes) کے بیان سے جس نے مشعع چوہیوں پر تحقیقات کی ہے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ گرافی جرابات کی تباہی کے بعد ان کے از سرِ نو پیدا ہونے کی کوشش اس طرح عمل میں آتی ہے کہ خلیات کے سرِ حلمی سرے محیط کی طرف سے ہیکل میں بڑھ آتے ہیں، اور ان میں نئے جرابات کی تکوین کا رجحان ہوتا ہے۔

مبیضین کی قلتِ فعل کو جرابی صنفی ہارمون (follicular sex hormone) یا "ایسٹرین" (œstrin) کے ذریعہ سے ہیجان پہنچانے کی کوششیں بھی کی گئی ہیں۔ بہت سی تجہیزات بازار میں مختلف ناموں سے فروخت کی جاتی ہیں، مثلاً "پروگائینان" (Progynon)، "مینوفارمان" (Menoformon)، "ایسٹروجن" (Oestrogen) "تھیلن" (Theelin)، گائینوایسٹرل" (Gynoestril)، وغیرہ۔ فعلیاتی نتائج حاصل کرنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ ہارمون کی مناسب مقدار استعمال کیجائے، اور اسے زیر جلدی اشراب کے ذریعہ سے دیا جائے۔ نوویک (Novak) نے یہ مشاہدہ کیا ہے کہ اکیلا جرابی خلاصہ (follicular extract) اور اکیلا جسمِ اصفر کا خلاصہ (corpus luteum extract) اتنا فائدہ نہیں کرتا جتنا کہ ان دونوں کا مرکب کرتا ہے۔ اُس نے یہ رائے پیش کی ہے کہ قبل الذکر کے آٹھ یا دس اشرابات کے بعد

موخر الذکر کے چھ انشرابات کئے جائیں۔

بہر حال یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ صنفی ہارمون کی ان تجہیزات میں جو آجکل ممکن الحصول ہیں تقریباً تمام صرف ''شبق انگیز'' ("œstrus"-producing) جوہرِ عامل ہی کی حیثیت رکھتی ہیں، اور یہ ان میں شامل ہوتا ہے۔ اس لحاظ سے یہ اعضائے حوض کی بیش دمویت (hyperæmia) پیدا کرتی ہیں، اور اس طرح دروں رحمہ کے رساؤ کی ابتدا کرتی ہیں جو طبعی فعل حیض کا صرف ایک جزو ہے (دیکھو صفحہ 109 و 111)۔ یہ دروں رحمی تنخر پیدا نہیں کرتیں جس کا انحصار تبویض پر ہوتا ہے، اور جو اس فعل کا دوسرا جزو ہے۔ ایسے ذرائع سے گو بظاہر ایک نزفِ حیض پیدا ہو جاتا ہے لیکن یہ لازمی طور پر تبویض پر دلالت نہیں کرتا، اور اس لئے اگر عقم (sterility) کی حالت موجود ہو تو اس پر اثر انداز نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ رحم سے کسی نزفی مواد کے بہنے سے مریضہ کو شاید کوئی نفسیاتی فائدہ پہنچے، خاصکر جبکہ وہ فعلِ حیض کے متعلق مشہور روائتی خیال رکھتی ہو۔ بہر کیف نزفِ رحم کے پیدا ہونے سے، مذکورہ اعتبارات کے علاوہ، اور کوئی عملی فائدہ نہیں ہوتا، تاوقتیکہ گرافی حرابات میں بھی ساتھ ہی پختگی اور انشقاق نہ پیدا کئے جاسکیں۔

ادویہ کی اس قسم کے متعلق، جو ''مدراتِ حیض'' (emmenagogues) کے نام سے موسوم ہے، اور جس کے ساتھ فعلِ حیض کو تحریک پہنچانے کا ایک نوعی فعل منسوب کیا جاتا ہے، کچھ کہنے کی ضرورت نہیں۔ ان کے اثرات مایوس کن ثابت ہوئے ہیں، اور ان سے عام طور پر فی الحقیقت کوئی فائدہ نہیں ہوتا۔ ان میں سے کسی ایک کی بھی وثوق کے ساتھ تعریف نہیں کیجاسکتی، لیکن مندرجۂ ذیل ادویہ بے ضرر ہیں، اور بعض مشاہدین کی رائے میں کبھی کبھی مفید ثابت ہوئے ہیں۔ ایپیال (Apiol) (کرفس :parsley کا طیران پذیر روغن۔ مقدار خوراک ۲ تا ۵ قطرہ)۔ مینگنیز (manganese) پر مینگنیٹ آف پوٹاش کی شکل میں (مقدار خوراک ½ تا ۲ گرین)۔ ایلوا (aloes) قلیل مقداروں میں۔ جو دوا نہایت مفید ثابت ہوتی ہے وہ لوہا (iron) ہے جو یا تو فیرم ریڈکٹم کی شکل میں تنہا دیا جاتا ہے، یا تانبے (copper) اور سنکھیا (arsenic) کے ساتھ ملا کر دیا جاتا ہے۔ اگر کوئی ظاہری عدم دمویت موجود نہ ہو تو بھی لوہے کا استعمال چند ہفتوں تک باقاعدہ کرانے سے کامیابی ہوتی ہے۔ بعض مثالوں میں جہاں علاج بالادویہ ناکام ثابت ہو قدرتی آہنی پانیوں (ferruginous natural waters) کا استعمال یا اسپا (spa) کا علاج کامیاب ثابت ہوتا ہے۔

قلتِ طمث (Oligomenorrhœa) یا قلتِ جریانِ حیض ایک اضافی اصطلاح 173
ہے جس کا انحصار اوسط درجہ کی عورت کے حیض کی طبعی مقدار پر ہے۔ بہر حال یہ ایک علامت ہے جس کی شکائت اکثر ایسی عورتیں طبیب کے پاس کرتی ہیں جو یہ خیال کرتی ہیں کہ "ماہواری ایام" میں ان کو خونِ حیض کافی مقدار میں نہیں آتا۔ بیشتر حالتوں میں اس کی کوئی زیادہ اہمیت نہیں ہوتی، مگر بخلاف اس کے یہ علامت بعض اوقات نمورحم کی کم تکونی حالتوں کو متلازم ہوتی ہے۔
قلتِ طمث بعض اوقات حیض کے دونوں لازمی اجزا (دیکھو صفحہ 111) میں سے ایک کے انقطاع کے باعث بھی پیدا ہوئی ہے۔ اگر تبویض (ovulation) اور شبق (œstrus) دونوں موقوف ہو جائیں تو بے طمثیت پیدا ہو جاتی ہے، لیکن اگر ان میں سے صرف ایک ہی عنصر غائب ہو جائے تو یا تو ایامِ حیض کی مدت کم ہو جاتی ہے، اور یا حیض کی مقدار۔ اگر قبل الذکر (تبویض) غائب ہو جائے تو مریضہ لازمی طور پر عقیم ہوتی ہے، اور اس کا علاج یہ ہونا چاہئے کہ اس نقص کو نخامیہ کے مقدم لخنہ کے خلاصہ جات اور درقیہ کا استعمال کرانے سے رفع کر دیا جائے۔ اور اگر شبق موجود نہ ہو تو استعدادِ تولید میں کوئی نقص نہیں ہوتا، اور جریانِ حیض کو شبقی ہارمون (œstrus-hormone) پر مشتمل تجہیزات میں سے کسی ایک کے اشرابات کرنے سے حسب خواہش بڑھایا جا سکتا ہے۔

جو نموی خلاف قاعدگی "حلزونہ نما رحم" (cochleate uterus) (دیکھو صفحہ 146) کے نام سے موسوم ہے اس میں قلتِ حیض کے ساتھ اکثر شدید دردِ حیض بھی موجود ہوتا ہے۔
ایک اور نموی خلاف قاعدگی کا ذکر بھی یہاں کیا جا سکتا ہے جو فعلیاتی وظیفہ پر اثر انداز ہوتی ہے۔ اور وہ یہ ہے کہ گاہے گاہے ایک چھوٹا سا ٹھوس "حیضی تھکہ" (menstrual clot) یا روبہ (coagulum) خارج ہوتا ہے، اور اس کے علاوہ وظیفہ حیض پر دلالت کرنے والی اور کوئی چیز موجود نہیں ہوتی۔ یہ مظہر جو راجع الی السلف (atavistic) ہے اور بعض بندروں میں طبعی ہوتا ہے بعض اوقات انواعِ انسان میں پایا جاتا ہے۔ ہم میں سے ایک (بی۔ ڈبلیو) نے ایک انیس سال کی عمر کی لڑکی کی ایک مثال دیکھی ہے جس میں سولہ سال کی عمر سے ماہواری ایام کے دوران میں ہمیشہ ایک ٹھوس اور گول تھکہ خارج ہوتا تھا، جو بظاہر بہت ابتدائی اسقاط کے مشابہ ہوتا تھا۔ تھکے کے خارج ہونے میں کوئی درد نہیں ہوتا تھا، اور اس کے ساتھ کوئی نزف اور رحمی مواد بھی موجود نہیں ہوتا تھا عسر الطمث (dysmenorrhœa) کے ساتھ

اس کا کوئی تعلق نہیں تھا، اور یہ بلاشبہ ایک راجع اِلی السلف مظہر تھا۔ بعد میں جب لڑکی کی شادی ہوئی تو وہ حاملہ ہوگئی اور شادی کے بعد حیض طبعی طور پر آنے لگا۔

طمث بدیلی (طمث تعویضی)

(VICARIOUS MENSTRUATION) (XENOMENIA)

ایک دو پشت پہلے کے تمام مؤلفینِ امراض النسا کی بالاتفاق یہ رائے تھی کہ بعض اوقات تناسلی خطہ کے علاوہ دوسرے اعضا سے تقریباً ہر ماہ کے بعد باقاعدہ نزفات واقع ہوتے ہیں جو یا تو طبعی حیض کا بدل اور یا اس کے متکمل ہوتے ہیں۔ ۱۸۸۹ء میں روٹیر (Routier) کو ۲۳۴ مریضوں کے متعلق اطلاعات جمع کرنے میں کامیابی ہوئی، مگر ان میں سے اکثر قدیم ادبیات سے ماخوذ تھیں۔ بیشتر مریضوں کے نزف کے متعلق یہ بیان کیا گیا تھا کہ یہ کسی غشائے مخاطی سے واقع ہوتا تھا، اور اسکے عام ترین محلات معدہ، تنفسی گذرگاہیں، ناک، حلق، یا امعاء تھے، اور بعض اوقات پستان اور جلدی سطوح بھی اس سے ماؤف پائے گئے۔ ان نوبی نزفات کے ساتھ حیض کے معمولی عمومی علامات بھی بالعموم موجود تھے۔ اکثر مریضوں میں وہ عضو جس سے نزف واقع ہؤا تھا کسی نہ کسی مرض کا محل تھا، مثلاً قے الدم (hæmatemesis) کی حالت میں معدی قرحہ (gastric ulcer) موجود تھا، نفث الدم (hæmoptysis) کی حالت میں سل موجود تھی، اور جلدی سطوح سے نزف واقع ہونے کی حالت میں سرطانِ پستان اور تقرح موجود تھے۔ جن عورتوں میں حیض جاری ہو اور ماؤف سطوح سے نزف بھی واقع ہوتا ہو انکو یقیناً "طمث بدیلی" کی خالص مثالیں تصور نہیں کیا جاسکتا، اور یہ ظاہر ہے کہ ایسی مثالوں کی بیشتر تعداد کو مسترد کر دینا چاہیے۔

بہرحال ان مریضوں کی ایک قلیل تعداد باقی رہ جاتی ہے جن کے متعلق مزید غور کرنے کی ضرورت ہے۔ ان میں نزف یقیناً صنفی نقطۂ نظر سے اہمیت رکھتا تھا۔ یہ ابتدائی بے طمثیت کے مریض تھے، اور ان میں اس مرض کے علاوہ خلقی نقائص بھی موجود تھے، جنکی وجہ سے حیض کا طبعی طور پر آنا ناممکن تھا، نیز ان مریضوں میں نوبی ماہواری نزفات ایسی مخاطی غشاؤں سے واقع ہوتے تھے جو بظاہر تندرست معلوم ہوتی تھیں، اور ان میں طبعی حیض کے علامات کے مشابہ عمومی علامات بھی پائے جاتے تھے۔ لائڈ طامس (Lloyd Thomas) نے

۱۸۸۱ء میں اس قسم کی ایک نوعی مثال طبع کی تھی۔ ایک بخوبی نمو یافتہ لڑکی کو جسے کبھی حیض نہیں آیا تھا سترہ سال کی عمر میں شدید درد سر کے حملے شروع ہو گئے جن کے بعد کئی دفعہ قے ہوتی، اور آخر میں رعاف (epistaxis) بکثرت واقع ہوتا۔ درد سر کے حملے تین سے چار دن تک جاری رہتے، اور ہر ماہ باقاعدہ ہوتے۔ لیکن رحمی نزف کسی وقت بھی نمودار نہیں ہوا۔ اکیس سال کی عمر تک یہی حالت رہی۔ اس کا امتحان کرنے پر یہ معلوم ہوا کہ مہبل کی مکمل بے انثقابی (atresia) موجود ہے۔ ایک چھوٹا سا فوق عانی شگاف دیکر اعضائے حوض کا استفسار کیا گیا، اور یہ معلوم ہوا کہ رحم موجود نہیں ہے، مگر بائیں طرف ایک چھوٹا سا کروی جسم موجود ہے جسے مبیض تصور کیا گیا۔ عملیہ کے بعد ماہواری انفی نزفات بدستور سابق جاری رہے۔

اس وقت سے لیکر اب تک سینیٹی (Sinéty) نے اس طرح کا ایک واقعہ درج کیا ہے جس میں نزف قنال مبرز سے واقع ہوتا تھا۔ اور مریضہ کو اکتیس سال کی عمر تک طبعی طور پر کبھی حیض نہیں آیا تھا۔ اسی قسم کے اور کئی واقعات ہمارے (بی۔ ڈبلیو کے) مشاہدہ میں بھی آئے ہیں جس کی بنا پر ہم یہ نتیجہ اخذ کرنے پر مجبور ہو جاتے ہیں کہ صادق طمث بدلی یا طمث کاذب (pseudo-menstruation) ایک سریریاتی کیفیت ہے۔

صنفی فعالیت کے ایسے غیر طبعی مظاہر کی جو وجہ ہمیں بظاہر معلوم ہوتی ہے وہ یہ ہے کہ غیر طبعی اور مفرط پیش شبقی دمویت (pro-œstrual hyperæmia) کے ظہور کے ساتھ دروں رحمی تنخر کا راجع الی السلف فقدان موجود ہوتا ہے جو یا تو تشریحی ہوتا ہے اور یا فعلیاتی۔ بعینہٖ اسی طرح کی مثال وہ ملتحمی نزف ہے جو بعض قوارض (rodents) مثلاً خرگوشوں میں پیش شبقی زمانہ (pro-œstrum) میں پایا جاتا ہے، نیز وہ قے الدم (hæmatemesis) بھی اسی طرح کی مثال ہے جو اسی قسم کے زمانہ میں بعض گوشت خوار جانوروں مثلاً پالتو بلیوں میں پائی جاتی ہے۔ انسانی موضوع میں بیرونی حیضی نزفات (extrinsic menstrsual hæmorrhages) کے واقع ہونے کا احتمال اس وقت ہوتا ہے جبکہ تبویض ناقص ہو اور شبق (œstrus) بخوبی نمو یافتہ ہو۔ اس قسم کے عارضی مظاہر اس رعاف (epistaxis) میں دیکھنے میں آتے ہیں جو سن بلوغ اور انقطاع الطمث کے زمانہ میں قلیل الوقوع نہیں ہے، اور جو قبل الذکر میں مکمل حیضی فعل کے قائم ہو جانے سے، اور موخر الذکر میں شبق کے ناپید ہو جانے سے جاتا رہتا ہے۔

بدیلی نزفاتِ حیض کی ایک اور وجہ جو ابھی تک نظری ہی ہے بے محل ریزینی خلیات (ectopic decidual cells) کا تنخر ہے جو جسم اصفر کے فعلیاتی انحطاط سے واقع ہوتا ہے۔ جوزفسن (Josefson)، کینوشیٹا (Kinoshita)، آر میئر (R. Meyer)، ڈبلیو۔ شا (W. Shaw)، اور دوسروں نے اس امر کی طرف توجہ دلائی ہے کہ شکم کے بہت سے مختلف رقبہ جات میں اتصالی بافت کے ایسے خلیات موجود ہوتے ہیں جو ایک "ریزینی تعامل" (decidual reaction) ظاہر کرتے ہیں، اور شا نے اس تعلق کی طرف بھی اشارہ کیا ہے جو ممکن ہے کہ ان خلیات میں سے بعض اور بروں تناسلی دروں رحمی سلعات (extra-genital endometriomata) کے درمیان موجود ہو۔ اس قسم کے خاطی اتصالی بافتی خلیات کی موجودگی کا جن میں لیوٹینی ہارمون کے لئے مجیبیت پائی جاتی ہو ابھی تک مظاہرہ نہیں کیا گیا، لیکن جدید تحقیقات کی روشنی میں برونی حیضی نزف کے وقوع کی، جو گاہے گاہے دیکھنے میں آتا ہے، غیر مشتبہ سریریاتی شہادت کا لحاظ رکھتے ہوئے ایسے خلیات کی موجودگی کے امکان کو نظر انداز نہیں کیا جا سکتا۔

کثرتِ طمث اور متجانس رحمی نزف

(MENORRHAGIA AND ALLIED UTERINE HÆMORRHAGE)

زنانہ اعضائے حوض کے فتورات میں رحم سے نزف کا وقوع، جو متغیر توازنِ حیض، یا طویل یا شدید جریانِ خون کی شکل میں ہوتا ہے، بطور علامت اکثر دیکھنے میں آتا ہے۔

طبعی حیض میں خون کی جو مقدار ضائع ہوتی ہے اس کا کوئی قیاسی معیار قائم کرنا انفرادی اختلافات کی وجہ سے ناممکن ہے، اس لئے امراضیاتی کثرتِ حیض کی تعریف کرنا مشکل ہے۔ اس پر زیادہ تر دو نقطہ ہائے نظر سے غور کرنا چاہیئے، یعنی یہ دیکھنا چاہیئے کہ نقصانِ خون سے پیدا شدہ عمومی اثرات کیا ہیں، جن میں سے ثانوی عدم دمویت کا خاص خیال رکھنا چاہیئے، اور مریضہ کے خونِ حیض کی اوسط مقدار سے بڑھکر کتنا خون ضائع ہوتا ہے۔ موادِ حیض کی صرف مقدار ہی جریانِ خون کی شدت کا معیار نہیں ہو سکتی، کیونکہ سائلِ حیض نہ صرف دروں رحمی تنخر کے خود پاشیدہ حاصلات پر ہی مشتمل ہوتا ہے بلکہ علاوہ ازیں اس میں رحمی افراز بھی موجود ہوتا ہے جو متنسج جسمی اور عنقی غدد سے پیدا ہوتا ہے۔ اس افراز کی مقدار کا انحصار غددی فعالیت پر

ہوتا ہے، اور یہ شاذ پیش شبقی ہیجان کو ظاہر کرتی ہے۔ امراضیاتی نزف کی تشخیص کے سلسلہ میں ایک اہم امر مواد میں بڑے بڑے تھکوں کی موجودگی ہے۔ چھوٹے چھوٹے علقات (thrombi) کوئی اہمیت نہیں رکھتے، اور یہ اتنے عام ہیں کہ ان کی موجودگی فعلیاتی وظیفہ کے حدود کے اندر ہی قرار دی گئی ہے۔ بڑے بڑے تھکوں سے یہ نتیجہ نکالا جاسکتا ہے کہ خون کا جریان دروں رحمہ سے اتنی سرعت سے واقع ہوتا ہے کہ دروں رحمی روبہ (intra-uterine coagulum) طیار نہیں ہو سکتا، یا دروں رحمہ کا تھرامبو کائی نیزی فعل (thrombokinatic function) ناقص ہے۔

امراضیاتی نزفِ رحم کو کئی سال سے دو قسموں یعنی "کثرت طمث" (Menorrhagia) اور "استحاضہ" (Metrorrhagia) میں تقسیم کرنے کا رواج چلا آرہا ہے۔ یہ تقسیم اس لحاظ سے کی گئی ہے کہ آیا مفرط جریانِ خون فعلیاتی ماہواری ایام کے دوران میں واقع ہوتا ہے یا اِن سے بلا تعلق۔ سنینِ حال میں اصطلاحات پر از سرِ نو غور کیا گیا ہے تاکہ ایسی اصلاحات وضع کی جائیں جو غیر طبعی نزفِ رحم کے امراضیاتی اسباب سے زیادہ مناسبت رکھتی ہوں۔ اب یہ تسلیم کیا جاچکا ہے کہ اس قسم کا نزف مندرجۂ ذیل چار گروہوں میں سے کسی ایک میں سے ضرور ہوگا۔ یا تو ماہواری ایام جلد جلد آتے ہونگے (تعددِ طمث :epimenorrhœa)، یا حیض کثرت سے آتا ہوگا (کثرتِ طمث :menorrhagia)، یا یہ زیادہ مدت تک جاری رہتا ہوگا (امتدادِ طمث :menostaxis)، یا یہ بے قاعدگی سے آتا ہوگا (رحمی سیلان الدم :metrostaxis)- ایک ہی مریضہ میں ایک سے زیادہ اقسام کا پایا جانا قلیل الوقوع نہیں جس سے مزید پیچیدگی پیدا ہو جاتی ہے۔

تعددِ طمث (Epimenorrhœa) "صنفی علائمیہ" (sex complex) کی غیر طبعی حالت کا ایک سریری مظہر ہے۔ صنفی علائمیہ ایک اصطلاح ہے جو بلیئر بیل نے بے قناتی غدد کے نظام کی ہم آہنگی کو ظاہر کرنے کے لئے وضع کی تھی جس پر تندرست عورت کے صنفی وظیفہ کے طبعی نمو کا انحصار ہے۔ اس میں کچھ شک نہیں کہ حیضی توازن زیادہ تر بیضی فعل پر دلالت کرتا ہے جہاں تک کہ جرابی فعالیت (follicular activity) کا تعلق ہے، اور چونکہ موخر الذکر کا انحصار نخامیہ کے مقدم لختہ اور عمومی تحول پر ہے اس لئے یہ کہا جاسکتا ہے کہ اگر اس نظام میں کوئی اختلال واقع ہوگا تو حیضی توازن میں بھی فرق آجائے گا۔ زندگی کے

دو زمانوں میں تعدد طمث عام طور پر پایا جاتا ہے، ان میں سے ایک بلوغ کا زمانہ ہے، اور دوسرا انقطاع الطمث کا۔ ان دونوں زمانوں میں بیضی تناول غیر قائم ہوتا ہے۔ قبل الذکر سن میں یہ حالت نموی اثرات کے ساتھ پائی جاتی ہے، اور موخر الذکر میں اس کے ساتھ صنفی استعداد کا اضمحلال بھی موجود ہوتا ہے۔ تعدد طمث درقیہ کی مفرط فعالیت کے نشانات، غیر طبعی صنفی ہیجان، اور اُن حالتوں کے ساتھ پایا جاتا ہے جو بیض کے لیفی دویری ضررات (fibro-cystic lesions) کی پیدائش کی مساعدت کرتی ہیں، مثلاً بیض کا سقوط اور رحمی لیفیے (uterine fibroids) وغیرہ (دیکھو صفحہ 656 و 471)۔ چند مثالوں میں ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ تبویض اور حیض کے شبقی اسباب کے درمیان ناہم آہنگی پائے جانے کا نتیجہ ہوتا ہے، جبکہ حیضی استقاط اُس طبعی نوبی نزفی مواد کے جو شبقی زمانہ میں پایا جاتا ہے، رونما ہونے سے پہلے واقع ہو جاتا ہے۔

کثرت طمث (Menorrhagia) یا مفرط حیضی نزف جہاں تک سائل حیض کی حقیقی مقدار کا تعلق ہے عمومی یا مقامی اسباب سے پیدا ہو سکتا ہے۔ یہ حالت اکثر صنفی ہارمون کی زیادتیِ فعل کا نتیجہ معلوم ہوتی ہے، اور اس کے ساتھ بیض، درقیہ اور نخامیہ کی غیر طبعی فعالیت پائی جاتی ہے۔ یہ مدت سے معلوم ہے کہ درقی غدہ کا تعلق فعلِ حیض سے ہے۔ سنِ بلوغ پر جو بیش پرورش اس غدہ میں پائی جاتی ہے، اور ماہواری ایام سے بیشتر اس کی وظیفی فعالیت میں جس عارضی اضافہ کی علامتیں دیکھنے میں آتی ہیں، یہ ایسے مظاہر ہیں جو ہر روز وقوع پذیر ہوتے ہیں۔

جو امراضیاتی کیفیتیں درقیہ پر اثر انداز ہوتی ہیں ان میں فعلِ حیض کا اختلال اکثر پایا جاتا ہے۔ گارڈینر ہل (Gardiner Hill) اور فوریسٹ سمتھ (Forrest Smith) نے کثرتِ طمث کی طرف، جہاں تک اس کے مخاطی اذیما (myxœdema) کی ایک علامت ہونے کا تعلق ہے، توجہ دلائی ہے۔ انھوں نے یہ معلوم کیا کہ جب مخاطی اذیما انقطاع الطمث سے پہلے واقع ہوتا ہے تو کثرتِ طمث ۸۰ فیصدی واقعات میں پائی جاتی ہے۔ درقی قلت طبعی یا مصنوعی انقطاع الطمث کے بعد زیادہ کثرت سے دیکھنے میں آتی ہے، اور یہ صنفی قوت کے برقرار رہنے کے زمانہ میں اتنی کثرت سے نہیں پائی جاتی۔

مرضِ گریوز (Graves' disease) کے ابتدائی مدارج میں کثرتِ طمث

کثیر الوقوع ہوتی ہے' اور بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ مفرط صنفی فعالیت اور فعلِ درقیہ میں ایک آویزش شروع ہوجاتی ہے۔ اول اول شبقی ہارمون کا غلبہ رہتا ہے۔ جب درقیہ میں تعویضی بیش پرورش واقع ہوجاتی ہے تو بیش شبقی فعالیت کے علامات کم ہوجاتے ہیں' اور جوں جوں مرض ترقی کرتا جاتا ہے بے طمثیت بتدریج نمودار ہوجاتی ہے۔ بے طمثیت کی پیدائش میں تبویض کے انقطاع سے جس کے ساتھ عمومی نہاکت (general asthenia)' اور پیشاب اور براز میں کیلسیم کے املاح کے اخراج کی زیادتی پائی جاتی ہے' غالباً تیزی پیدا ہوجاتی ہے۔

مشارکی عصبی نظام کو بھی رحم کے غیر طبعی نزف کی پیدائش کا ایک سبب تسلیم کرنا چاہیئے۔ دماغی صدمہ یا تبدیلیِ ماحول کا جو اثر عارضی بے طمثیت کے پیدا کرنے کی طرف ہوتا ہے اُس کا ذکر پہلے کیا جاچکا ہے (صفحہ 170)- مزید برآں اس قسم کا صدمہ نزفِ رحم کے وقوع میں اسی طرح تعجیل بھی پیدا کرتا ہے جس طرح کہ اس سے اسقاط واقع ہوسکتا ہے۔ یہ سریری نتائج یا تو رحم پر بلاواسطہ مرتب ہوتے ہیں' اور یا مبیض یا نخامی غدہ کے ذریعہ سے بالواسطہ۔ جو مشاہدات لوئس مکل رائے (Louise McIlroy) اور دوسرے مشاہدین نے مبیض کی عصبیت پر' ہاروے کشنگ (Harvey Kushing) نے نخامیہ پر' اور کیفر (Keiffer) نے رحم پر کئے ہیں اُن سے ہمیں یہ معلوم ہؤا ہے کہ ان اعضا کو عصبی ریشے اور عقود (ganglia) بافراط رسد پہنچاتے ہیں' اور اِن اعضا اور مشارکی نظام کے افعال میں بلاشبہ ایک قریبی تعلق موجود ہے۔

دوسرے اسباب میں سے جن کا فعلِ حیض پر یہ مضر اثر ہوتا ہے کہ خونِ حیض بافراط ضائع ہونے لگتا ہے۔ چند امراضِ خون ہیں' مثلاً متلف عدمِ دمویت (pernicious anæmia) اور لمفی سفید دمویت (lymphatic leukæmia)- ایک مریضہ میں جو حال ہی میں ہم میں سے ایک (بی۔ ڈبلیو) کے مشاہدہ میں آئی تھی رحم سے مہلک نزف واقع ہؤا' اس مریضہ کو لمفی سفید دمویت کا عارضہ لاحق تھا۔

نزفہ (hæmophilia) سے جو عورتوں میں ایک نادر الوقوع مرض ہے" ماہواری ایام" میں خطرناک نزفِ رحم پیدا ہوسکتا ہے۔ حادسرایتی امراض میں بعض اوقات حیض بافراط آنے لگتا ہے' اور بے قاعدہ نزفات بھی واقع ہونے لگتے ہیں۔ کہا جاتا ہے کہ قلب کے

مصرائی امراض سے نزف واقع ہوجاتا ہے، لیکن امراضِ قلب کے مریضوں کا باقاعدہ امتحان کرنے سے اس خیال کی تائید نہیں ہوئی۔ تکان، مزمن قبض اور گاہ بگاہ کی کثرتِ شراب نوشی سے، جب ان کا زمانۂ وقوع ماہواری ایام سے مطابقت کرتا ہو، شدید نزف پیدا ہوتا ہے۔ اسی طرح معتدل آب وہوا کے خطہ سے گرم آب وہوا کے خطہ میں چلے جانے سے بعض اوقات حیض بافراط آنے لگتا ہے۔ اس امر کی مثال اکثر اُن انگریز عورتوں میں دیکھنے میں آتی ہے جو ہندوستان جاتی ہیں۔ جن مقامی مرضی حالات سے کثرتِ طمث پیدا ہوتی ہے اُن کا ذکر اِن کے علیحدہ علیحدہ عنوانات کے تحت کرنا مناسب ہوگا، اور اِن پر کسی آئندہ باب میں بحث کی جائے گی۔

مختصراً یہ کہا جاسکتا ہے کہ جو ضرر یا تو دروں رحمہ کے کل رقبہ میں اور یا اس کی دبازت میں زیادتی کے پیدا کرنے کی تائید کرتا ہو، اور یا عضلۂ رحم کے طبعی انقباضی فعل میں مداخلت کرتا ہو وہ صادق کثرتِ طمث کی قسم کے نزف کے لئے محرض ثابت ہوتا ہے۔ لہٰذا اس عنوان کے تحت جس قسم کے مرضی ضررات کا ذکر کیا جاسکتا ہے وہ یہ ہیں:— رخنی (interstitial) اور زیرمخاطی لیفیے (submucous fibroid tumours)، اور سعدانے (polypi)، دروں رحمی بیش پرورش اور "نزفی رحمی مرض" (metropathica hæmorrhagica)، حاد یا مزمن دروں رحمی التہاب (acute or chronic endometritis)، مزمن رحمی ارتکاس (chronic uterine inversion)، رحمی لیفیت (uterine fibrosis)، وغیرہ۔ جو خارج الرحم حوضی کیفیتیں حوض کے وریدی دوران خون میں مداخلت کرنے کی وجہ سے حیض کے جریانِ خون کی زیادتی کی بالواسطہ مساعدت کرتی ہیں وہ حاد اور مزمن حوضی سرائیتیں ہیں، مثلاً التہابِ انبوبہ (salpingitis)، التہاب گرد رحمہ (perimetritis) اور عظیم الجسامت بیضی نوساختوں کا دباؤ جبکہ وہ حوض میں منغرز ہوگئی ہوں۔

حال ہی میں ایسی شہادت پیش کی گئی ہے جس سے اس خیال کی تائید ہوتی ہے کہ ذاتی کثرتِ طمث (idiopathic menorrhagia) (وہ کثرتِ طمث جس کا بظاہر کوئی عمومی یا مقامی سبب موجود نہ ہو) کی بعض حالتیں ایسے دروں رحمہ سے پیدا ہوتی ہیں جس میں مبیض کے داخلی افراز کی افراطِ پیدائش، یا اسکے تضلال (perversion) یا اس کے مرضی تغیر سے ہیجان پیدا ہوگیا ہو۔ ایسی حالت کی وضاحت تشریحی نقطۂ نظر سے مبیض میں جرابی یا لیوٹینی فعالیت کی افراط کی موجودگی سے ہوتی ہے۔ اس موضوع پر کسی آئندہ باب میں بحث کی جائے گی۔

(دیکھو "نزفی رحمی مرض" Metropathica hæmorrhagica: صفحہ 402 و 407)-
مبیضی فعل کا جو تعلق حال ہی میں طبعی حیض کے ناکس نزف کے ساتھ تسلیم کیا گیا ہے اسکے مدنظر یہ فرض کرنے میں دقت پیش نہیں آتی کہ غیر طبعی جریانِ خون کسی نہ کسی طرح سے مبیض کے غیر طبعی یا مفرط افراز سے پیدا ہو سکتا ہے۔

رحم کے جو مقامی ضررات کثرتِ طمث کے ساتھ پائے جاتے ہیں ان میں سے بیشتر اپنا اثر ایک حالت پیدا کرنے سے کرتے ہیں جس کو مناسب طور پر "رحمی عدمِ کفائت" (uterine insufficiency) کہا جا سکتا ہے۔ یہ عدمِ کفائت رحم کے اُن طبعی انقباضات میں جو دورانِ حیض میں واقع ہوتے ہیں رحم میں عضلی بافت کی جگہ لیفی بافت کے پیدا ہو جانے سے خلل انداز ہوتی ہے (لیفیتِ رحم :fibrosis uteri، پیرانہ رحم وغیرہ) اور اس طرح جسم رحم کو متاثر کر سکتی ہے۔ دروں رحمہ میں یہ عدمِ کفائت زیادہ کثرت سے پائی جاتی ہے۔ طبعی صورتِ حالات میں دورانِ حیض میں جو نزف رحم سے واقع ہوتا ہے اُس کی مقدار کا انحصار زیادہ تر دروں رحمہ کے فعلیاتی ضبط پر ہوتا ہے۔ جب محتقن عروقِ شعریہ سے خون نکلتا ہے تو یہ ان خلیات سے متماس ہوتا ہے جو "تھرامبو کائی نیز" (thrombokinase) سے پُر ہوتے ہیں، اور ترویب بہ سرعت واقع ہو جاتی ہے۔ بعد ازاں علقہ اس انزیم سے متکسر ہو جاتا ہے جو جسمی غدد کے افراز میں موجود ہوتا ہے جو دروں رحمی تنخز سے پیدا ہوتا ہے۔ دروں رحمہ کی ذبولی حالت میں جیسی کہ لیفیتِ رحم (fibrosis uteri) اور انقطاع الطمث کے زمانہ کے پیرانہ ذبولی رحم میں پائی جاتی ہے تھرامبو کائی نیز میں عدمِ کفایت پائی جاتی ہے، اور اس لئے نزفِ حیض بکثرت واقع ہوتا ہے۔ بخلاف اس کے، دروں رحمہ کی بیش پرورش سے جو خواہ مقامی ہو یا منتشر، غالباً تھرامبولائسین (thrombolysin) کی پیدائش میں زیادتی اور حیضی اسقاط کے حاصلات میں خود پاشیدگی واقع ہو جاتی ہے۔ عروقِ شعریہ کھل جاتے ہیں، اور شدید کثرتِ طمث واقع ہو جاتی ہے۔

امتدادِ طمث (Menostaxis) یا طویل المدت حیضی نزف بہت سے لحاظات سے غیر مکمل رحمی اسقاط کا متماثل ہے۔ سائلِ حیض کی ترکیب بالعموم طبعی ہوتی ہے،
گو حسب معمول چار یا پانچ دن میں بند ہو جانے کی بجائے یہ بارہ سے چودہ دن تک یا اس سے 178
بھی زیادہ دنوں تک جاری رہتا ہے۔ جریانِ خون زیادہ شدید نہیں ہوتا، اور سریری اثرات اتنے نمایاں نہیں ہوتے جتنے نمایاں کہ اس وقت ہوتے ہیں جب کثرتِ طمث بھی موجود ہو۔

اِس مرض کے علامات مریضوں کے لئے ایک مسلسل پریشانی کا باعث ہوتے ہیں جن کی یہ شکائت ہوتی ہے کہ انھیں حیض سے کبھی فراغت نہیں ہوتی۔ قطع نظر بے آرامی کے عمومی صحت پر کچھ اثر نہیں پڑتا۔ اور جب تک کثرتِ طمث بھی ساتھ ہی موجود نہ ہو امتداد طمث (menostaxis) میں ثانوی عدم دمویت کا کوئی شدید درجہ بالعموم موجود نہیں ہوتا۔ حیض کا طبعی توازن غیر متاثر رہتا ہے، اور اِس لئے ہمیں یہ ضرور تسلیم کرنا پڑیگا کہ تبویض کا وقوع نزفِ رحم کے جاری رہنے کے دوران ہی میں عمل میں آتا ہے۔

جب رحم کے مختلف حصّوں کے دروں رحمہ کی تراشوں کا امتحان کیا جاتا ہے تو اس کے فعلیاتی مناظر تمام حصوں میں یکساں نہیں پائے جاتے۔

سالماتی تنخر چیکتی دار ہوتا ہے، اور ایسا بھی ہوتا ہے کہ یہ ایک حصہ میں ترقی پذیر ہوتا ہے، اور دوسرے میں صرف پیش حیضی بیش دمویت اور زیر سرحلمی دموی سلعات ہی پائے جاتے ہیں اور سطح کہیں سے شکستہ نہیں ہوتی۔ گاہے گاہے بخوبی نمایاں "ریزیج" خلیات کے رقبہ جات بھی پائے جاتے ہیں۔ اور یہ تمام صورتِ حالات بے قاعدگیِ فعل کو ظاہر کرتی ہے۔

رحم کے مختلف امراضیاتی ضررات میں اِسی قسم کا حیضی نزف پایا جاتا ہے۔ اِس کی ایک عام مثال وہ رحم ہے جس میں زیر مخاطی لیفی عضلی سلعہ (submucous fibromyoma) موجود ہو اور وہ کہفۂ رحم میں ابھی تک ابھرا نہ ہو اور سعدانی نہ بنا ہو۔ اگر عین نزف کے دوران میں اِس قسم کے دروں رحمہ کی تراشیں لی جائیں تو ان میں محولہ بالا تغیرات پائے جائیں گے۔ گاہے گاہے امراضیاتی مناظر خالی آنکھ سے بھی دکھائی دیتے ہیں، اور جن رقبہ جات سے جریانِ خون واقع ہوتا ہے وہ نمشی وجبوں (petechial spots) یا نقطہ نما نزفات (punctiform hæmorrhages) کی شکل کے دکھائی دیتے ہیں۔

اس کی ایک اور مثال دروں رحمہ کا سادہ غدی سلعی سعدانہ (simple adenomatous polypus) ہے۔ اِس قسم کی بالید میں اکثر اُس وقت بھی پیش حیضی بیش دمویت یا حقیقی سطحی تنخر پایا جاتا ہے جبکہ بقیہ دروں رحمہ پس شبقی حالت اختیار کر چکتا ہے، اور اس میں اندمال کا عمل جاری ہو چکتا ہے۔

امتدادِ طمث (menostaxis) گاہے گاہے ایسے رحموں میں بھی پایا جاتا ہے جن میں کوئی جلی امراضیاتی تغیرات موجود نہیں ہوتے۔ تاہم خرد بینی تراشوں میں ہیکل میں

"پلازمائی" خلیات ("plasma" cells) دیکھنے میں آتے ہیں، اور ایسی حالتوں میں غالباً
صادق مزمن درون رحمی التہاب ہی حکیتی وارتخز کا باعث ہوتا ہے جو طوالتِ حیض کا امراضیاتی
سبب ہے۔

بہرکیف ایسی حالتیں بھی پائی جاتی ہیں جن میں معمولی سریریاتی تحقیقات یا کھرچنوں
(curettings) کے امتحان سے رحم میں کسی قسم کے ضررات کا مظاہرہ نہیں کیا جا سکتا۔ ایسی
حالتوں میں ان اسباب کا سمجھنا مشکل ہے جن سے سریری علامات پیدا ہوتے ہیں، اور ہمارے علم کی
جو موجودہ حالت ہے اِس کے لحاظ سے ان علامات کو معیّن صنفی غدد یعنی مبیض اور نخامیہ کے
غیر طبعی فعل کے ساتھ منسوب کرنا چاہیئے۔

رحمی سیلان الدم (Metrostaxis)۔ یہ اصطلاح استحاضہ
(Metrorrhagia) کی مترادف ہے، اور یہ رحم کے ان تمام جریاناتِ خون پر مشتمل ہے جو
فعلِ حیض سے بلاواسطہ تعلق نہیں رکھتے، اور یہ انہی کو تعبیر کرنے کے لئے مخصوص ہے۔ لہٰذا یہ
مرض لازمی طور پر بے قاعدہ واقع ہوتا ہے۔ رحم کا وہ نزف جو سنِ بلوغ سے پہلے اور انقطاع الطمث
کے بعد واقع ہوتا ہے اسی میں شامل ہے، مگر یہ ذہن نشین رکھنا چاہیئے کہ متبادر یا متاخر تبویض
رحم سے گاہے گاہے غیر متوقع نزف کے واقع ہونے کا باعث ہو سکتی ہے۔ اسی طرح بین حیضی
جریانِ خون بعض اوقات مبیض کے غیر طبعی فعل کو ظاہر کرتا ہے، اور اس لئے تعددِ طمث
(epimenorrhœa) کو رحمی سیلان الدم (metrostaxis) سے خلط ملط نہ کرنا چاہیئے۔

رحمی سیلان الدم عمومی یا مقامی اثرات کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ یہ امر کہ درون رحمہ
بیرونی اسباب کے اثر کے لئے خاص طور پر حساس ہے تعجب خیز معلوم نہیں ہوتا جب کہ اس ساخت 179
کی مضغی نوعیت کو مدنظر رکھا جائے۔ اِس میں تنخر اور اندمال مسلسل واقع ہوتا رہتا ہے، اور
اس لحاظ سے یہ جسم کی ہر ایک ساخت سے مختلف ہے۔ لہٰذا جن عرق حرکی اثرات کو دوسرے
اعضا میں "تورّد" (flushing) یا بیش دمویت سے تعبیر کیا جاتا ہے اُن سے درون رحمہ کے
عروقِ شعریہ میں بالعموم حقیقی نزف واقع ہو جاتا ہے۔ سرایتی تپین، خون کے بعض امراض،
مختلف ذہنی حالتیں، کبدی کُہبت (hepatic cirrhosis) اور مزمن التہابِ گردہ
اس عنوان میں شامل ہیں۔

جو مقامی حالات رحم کے سیلان الدمی نزف سے تعلق رکھتے ہیں ان میں دونوں قسم کا

درون رحمی اور برون رحمی غیر طبعی حمل، اور خاصکر وہ نزف، جو مخطور یا ناقص اسقاط اور رحمی وحمات (uterine moles) وغیرہ میں پایا جاتا ہے، شامل ہیں۔ رحم کی تمام خبیث بالیدوں سے جو خواہ سرطان (carcinoma) ہوں یا لحمی سلعہ (sarcoma) اور یا سلوی سرطان (chorionic carcinoma)، اسی قسم کا نزف واقع ہوتا ہے، اور سادہ غدی سلعی یا مخاطی سعدانہ سے بھی ایسا ہی ہوتا ہے۔ جب زیر مخاطی رحمی لیفیہ (submucous uterine fibroid) سعدانی قسم کا ہوتا ہے اور کہفہ رحم سے خارج ہو رہا ہوتا ہے تو یہ اکثر شدید نزف کا باعث ہوتا ہے جو فعل حیض سے غیر متعلق ہوتا ہے، اور اس لئے یہ سیلان الدمی ہوتا ہے۔ رحم کا بلاواسطہ ضربہ (direct trauma) قلیل الوقوع ہے لیکن سنین حال میں بے قاعدہ رحمی نزف کی ایسی حالتیں دیکھنے میں آئی ہیں جو ان مقامی درون رحمی ضررات کا نتیجہ تھیں جو ایسے اجسام غریبہ سے پیدا ہوئے تھے جو کہفہ رحم میں ضبط تولید کے مقاصد کے لئے داخل کئے گئے تھے۔ اسی عنوان کے تحت درون رحمہ کے مزمن التہاب کے واقعات بھی آتے ہیں جو ساری عوامل سے پیدا ہوتے ہیں، (مثلاً پیرانہ درون رحمی التہاب)، اور وہ مزمن درون رحمی التہاب بھی اسی میں شامل ہے جو حبل کے ان ضربی تقرحی ضررات میں پایا جاتا ہے جو غیر ملتفت فرزجوں اور اجسام غریبہ سے پیدا ہوتے ہیں۔ عنق رحم سے تمام قسموں کا جریان خون خواہ وہ کسی خبیث نوساخت سے تعلق رکھتا ہو یا کسی مقامی ضرر مثلاً تآکل (erosion) یا اندرنی تقرح (tuberculous ulceration) سے، بلاشبہ لازمی طور پر سیلان الدمی ہوتا ہے۔ حوض کے اندر کے وہ مقامی اسباب جو رحم کے بے قاعدہ جریان خون کے پیدا کرنے میں حصہ لے سکتے ہیں، اسقدر کثیر التعداد اور مختلف الانواع ہیں کہ ان کا یہ اجتماعی خاکہ جو یہاں کھینچا گیا ہے ہرگز کافی نہیں ہو سکتا۔ مطالعہ کنندہ کو اس علامت کی مزید بحث کے لئے "خطی امراض النسا" (صفحہ 349 و 745) کے مناسب ابواب کو دیکھنا چاہیئے۔

درد حیض

مہذب اقوام کی عورتوں کی صرف ایک قلیل تعداد ہی میں فعل حیض بغیر کسی درد کے انجام پاتا ہے۔ تندرست عورتوں میں بھی دوران حیض میں کسی قدر بے آرامی یا مقامی گرانی بالعموم پائی جاتی ہے۔

چونکہ مختلف افراد میں حسِ درد مختلف ہوتی ہے، اور نیز مختلف مہیجات کے تعامل کے لئے ذاتی حساسیت پائی جاتی ہے، اس لئے کسی خاص ملک کی عورتوں میں دردِ حیض کے تواتر کا صحیح اندازہ لگانا مشکل ہے۔ اور یہ امر اُن اعداد کے وسیع اختلاف سے ثابت ہوتا ہے جو مختلف مشاہدین نے پیش کئے ہیں۔ چند سال ہوئے سی چشلم (C. Chishlom) نے استانیوں اور دستی کام کرنیوالی عورتوں میں ۷۷ فیصدی میں دورانِ حیض میں درد محسوس ہونے کا اندراج کیا۔ اور ایم۔ پی۔ جیکوبی (M. P. Jacobi) نے آبادی کے اسی طبقہ کے لئے یہ تعداد ۴۶ فیصدی بیان کی ہے۔ ایم۔ اے۔ ہاج (M. A. Hodge) نے یہ معلوم کیا ہے کہ ایک ورزشی انجمن میں ۹۷۴ تندرست عورتوں میں دردِ حیض کا تواتر صرف ۳۱ فیصدی تھا۔ یہ ظاہر ہے کہ مذکورہ مشاہدین نے اپنے اپنے اعداد و شمار قائم کرنے کے لئے جو معیارات اختیار کئے ہیں وہ مختلف ہیں، اور یہ بھی ثابت ہوتا ہے کہ جو اعداد نسبتاً زیادہ بڑے ہیں اُن میں از کار رفتگی کی بہت خفیف سی حالتوں کو بھی شامل کر لیا گیا ہے۔ ہماری رائے میں حقیقی صورتِ حالات کا زیادہ صحیح اندازہ سی۔ چشلم کے تجزیہ سے ملتا ہے جو اس نے مدرسہ کی ۵۰۰ طالبات میں فعلِ حیض کے متعلق کیا ہے۔ ان سلسلہ میں سے ۴۲ فی صدی مریضوں نے کسی قدر درد کی شکایت کی ہے، مگر ان میں سے صرف ۷ر۸ فیصدی 130
میں یہ علامت زیادہ شدید تھی، اور محض ۱ر۸ فیصدی میں یہ از کار رفتگی کا باعث تھی۔

اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ بہت سی عورتیں صرف روایات کی بنا پر ہی ایامِ حیض کے ساتھ کسی قدر درد منسوب کرنے لگتی ہیں، جیسا کہ "طبیعت ذرا ناساز ہے" کے فقرے سے ثابت ہوتا ہے جو عورتوں میں "ماہواری ایام" کے دوران میں مزاج کی کیفیت ظاہر کرنے کے لئے بالعموم مستعمل ہے، اور نفسیاتی اثر اور ذہنی اثر آفرینی اہم اسباب میں سے ہیں۔ یہ امر بالعموم تسلیم کیا جاتا ہے کہ اگر درد کی توقع ہو تو یہ شروع ہو جاتا ہے، اور باقاعدہ اور مکرر حملوں سے حسِ درد کو زیرِ حاد مہیجات کو غیر طبعی طور پر محسوس کرنے کی تعلیم مل سکتی ہے۔ اُس طبعی بیش حسیتی حالت کی وجہ سے جو فعلِ حیض کے ساتھ موجود ہوتی ہے موضوعی احساسات کا امراضیاتی بن جانا، اور اِس قسم کے اثرات کا درد کی شکل میں محسوس ہونا آسان ہوتا ہے۔ بہر حال اتنا درد جو مریضہ کو اس کے معمولی مشاغل میں حصّہ لینے سے کم و بیش مدت کے لئے قاصر رکھے یقیناً غیر طبعی ہوتا ہے، اور یہ بالعموم "عسر الطمث" (Dysmenorrhœa) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ اِس قسم کا مفرط دردِ حیض

ایسے غیر طبعی اسباب سے پیدا ہو سکتا ہے جو خود فعلِ حیض سے تعلق رکھتے ہیں، اور یہ رحم کے یا حوض کے دیگر اعضا کے کسی مرض سے بھی پیدا ہو سکتا ہے جو حیض سے کسی قسم کا تعلق رکھنے کے بغیر درد کا باعث ہو، اور اس لئے عملِ حیض کو بھی غیر طبعی طور پر دردخیز بنا دیتا ہو۔ مؤخر الذکر حالت میں عسر الطمث کو "ثانوی" یا "برونی" (extrinsic)، یا "امتلائی" (congestive)، کہتے ہیں، اور اسے اُس مرضی حالت کی جس سے یہ پیدا ہوتا ہے محض ایک علامت تصور کرنا چاہئے۔ قبل الذکر حالت میں عسر الطمث "ابتدائی" (primary) یا "درونی" (intrinsic)، یا "تشنجی" (spasmodic) ہوتا ہے، اور حیض کے وقفوں کے دوران میں مریضہ میں کسی علامت کی شکائت نہیں پائی جاتی۔ یہ ظاہر ہے کہ یہ قسم ثانوی قسم کے مقابلہ میں سر بری نقطۂ نظر سے زیادہ اہم ہے۔ حال کے مصنفین نے دردِ حیض کی ناقابل اطمینان اور مبہم تقسیم اور اس کے اسی قسم کے تسمیہ کی طرف توجہ دلائی ہے، اور یہ عین ظاہر ہے کہ اُس قسم کے عارضہ پر از سرِ نو بحث کی جائے جس پر "عسر الطمث" (dysmenorrhœa) کی اصطلاح کا صحیح اطلاق ہو سکے۔ کسی ایسی مریضہ کے علامات کو جو بے آرامی کی (جسے عام طور پر "مجہوداتِ حیض" :menstrual molimina کہا جاتا ہے) مبالغہ آمیز شکائت سے زیادہ اور کسی تکلیف کی شکائت نہ کرتی ہو عسر الطمث قرار دینا در اصل غلط ہے۔ درد کمر، درد سر، اور جارحہ اسفل میں مستمر درد اور اسی قسم کے دیگر علامات افراد کے بیش حسیت نما (hyper-æsthetic index) کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں، لیکن ان کو صادق دردِ حیض کے ساتھ خلط ملط نہ کرنا چاہئے، جو درحقیقت رحمی الاصل ہوتا ہے۔ مزید براں "عسر الطمث" کی اصطلاح میں دردِ حیض کی ایسی حالتوں کو بھی شامل نہ کرنا چاہئے جن میں حوض کے کسی عضو کا کوئی جلی مرض موجود ہو، مثلاً حوضی التہاب، صنفی اعضا کی بعض غیر وضعیتیں، اور رحم کی نوساختوں کی بعض قسمیں۔ ہماری (بی۔ ڈبلیو کی) رائے میں میسی (Massey) کی وضع کردہ اصطلاح "وجع الحیض" (Menorrhalgia) اس قسم کے دردخیز حیض کو تعبیر کرنے کیلئے قابل ترجیح ہے جو مختلف الاقسام امراضیاتی ضررات کا صرف اتفاقی سر بری مرافق ہوتا ہے۔ ہمارا رجحان صادق عسر الطمث کو درحقیقت رحمی قولنج (uterine colic) تصور کرنے کی طرف ہے۔ یہ ایک علیحدہ سر یری حالت ہے، اور اسے سر یریاتی مواد کے انبوہ سے علیحدہ ممیز کرنا چاہئے جو حیضی بے آرامی کو متلازم ہے اور جس کے لئے "وجع الحیض" (Menorrhalgia) کی اصطلاح زیادہ موزوں ہے۔

درد حیض کے سریری اقسام۔ اگرچہ درد حیض کی کوئی تقسیم عام طور پر تسلیم نہیں کی جاتی، اور اس قسم کی کوئی تقسیم جس پر ہادم تنقید نہ ہو سکے چیز عقل سے تقریباً خارج بھی ہے، لیکن ہم مندرجۂ ذیل گروہوں کا بیان کریں گے:۔

ا۔ **صادق عسر الطمث** (True Dysmenorrhœa)۔ سائل حیض کے نمودار
ہونے کے ایک یا دو گھنٹہ کے اندر اندر درد بالعموم شروع ہو جاتا ہے۔ اگر حیض ایسے وقت شروع
ہو جبکہ مریضہ سو رہی ہو تو وہ درد سے بیدار ہو جاتی ہے۔ یہ درد تمام زیر معدی رقبہ پر محسوس
ہوتا ہے، لیکن یہ اکثر دونوں حرقفی حفروں (iliac fossæ) میں شروع ہوتا ہے۔ شدید 181
درد عام طور پر ایک یا دو منٹ تک رہتا ہے، اور اس کے بعد اس میں تھوڑی سی دیر کے لئے
عارضی طور پر تخفیف ہو جاتی ہے۔ درد خیز تشنجات تھوڑے تھوڑے وقفوں کے بعد یکے بعد دیگرے
واقع ہوتے ہیں، جیسا کہ فعلیاتی وضع حمل میں ہوتا ہے، اور دو یا تین گھنٹہ تک ان کی شدت
میں اضافہ ہوتا جاتا ہے۔ بعض حالتوں میں فترہ (remission) کی حقیقی مدت اس قدر قلیل ہوتی ہے
کہ درد تقریباً مسلسل اور کزازی (tetanic) قسم کا ہوتا ہے۔ کئی ایک گھنٹوں کے بعد جن کی
تعداد اختلاف پذیر ہے درد کی شدت میں کمی واقع ہو جاتی ہے، اور یہ زیادہ طویل وقفوں پر
نمودار ہوتا ہے، اور ایک مقامی مستمر درد پر ختم ہو جاتا ہے، جو چھ یا آٹھ گھنٹوں تک باقی رہتا ہے
اور مریضہ کی قوت کو تحلیل کر دیتا ہے۔ علامات کبھی دفعتہً موقوف نہیں ہوتے جیسا کہ رحم سے
کسی ٹھوس مادہ کے خارج ہو جانے سے ہو سکتا ہے، مگر دوسرے لحاظات سے یہ سریریاتی خاکہ
بہت سے ابتدائی اسقاطات سے بہت کچھ مشابہت رکھتا ہے۔ درد کی شدت سے اکثر قے شروع
ہو جاتی ہے، اور بعض اوقات خفیف سے صدمہ (shock) کے امارات موجود ہوتے ہیں، جیسا کہ
یہ باریک اور تیز نبض، زرد رنگت، اور بیہوشی سے جو گاہے گاہے دیکھنے آتی ہے، ظاہر ہوتے ہیں۔
حاد درجہ میں سائل حیض قلیل المقدار ہوتا ہے، اور جوں جوں علامات میں تخفیف ہوتی جاتی ہے
اس کی مقدار بڑھتی جاتی ہے۔

ایسے ایام حیض کے بعد، جن میں خون حیض کثیر مقدار میں آیا ہو اور درد شدید رہا ہو، جو آئندہ ماہواری ایام آتے ہیں ان میں علامات بعض اوقات اتنے شدید نہیں ہوتے، اور بعض اوقات کوئی بے آرامی نہیں پائی جاتی۔ بخلاف اس کے جب سائل حیض قلیل المقدار ہوتا ہے جیسا کہ ناقص التکوین رحم (hypoplasic uterus) میں ہوتا ہے، تو ایام حیض میں بالعموم

بہت سی مقامی تکلیف پائی جاتی ہے۔ صادق عسر الطمث یا توسن بلوغ کی ابتدا پر ظاہر ہوتا ہے، اور یا یہ زیادہ کثرت کے ساتھ زمانہ نسائیت کے ابتدائی سالوں میں ظہور پذیر ہوتا ہے۔ حیض کے درمیانی وقفوں میں مریضہ میں قطعاً کوئی حوضی علامت موجود نہیں ہوتی، مگر نفسیاتی حیثیت سے شدید درد کے متوالی حملوں کی وجہ سے بعض افراد کے متامل فی الذات (introspective) یا خود مرکوز (self-centered) بن جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ ان مریضوں کا رکھ رکھاؤ اکثر اچھا ہوتا ہے اور اس لئے ان کی عمومی صحت بھی اچھی ہوتی ہے، لیکن ہر ماہ ان کو نہایت سخت تکلیف برداشت کرنا پڑتی ہے۔ زیر شعوری مبالغہ کا بھی بلاشبہ کچھ اثر پڑتا ہے، اور جب حیض شروع ہونے کی توقع ہوتی ہے تو تشویش اور خوف سے ان کی دماغی اور جسمانی تکلیف انتہا کو پہنچ جاتی ہے۔ اس امتیازی خصوصیت کو مدنظر رکھتے ہوئے بعض ماہرین امراض النفس نے اس امر کا اظہار کیا ہے کہ عسر الطمث ایک "تشویشی عصبانیت" (anxiety neurosis) ہے، اور اس کا علاج اسی طرح کرنا چاہیئے جس طرح کہ موخر الذکر حالت کا کیا جاتا ہے، مگر ہم (بی۔ ڈبلیو) اس خیال کی تائید نہیں کرتے۔

۲۔ وجع الحیض (Menorrhalgia)- اس قسم میں درد حیض کسی خاص مرض حوض کی صرف ایک علامت ہوتا ہے۔ ایسے درد کے کئی ایک نام ہیں، مثلاً "ثانوی" یا "اکتسابی" یا "امتلائی" یا "برونی" عسر الطمث۔ خواہ کسی اصطلاح کا بھی استعمال کیا جائے یہ امر لازم ہوتا ہے کہ اس قسم کا درد اعضائے حوض کے بعض اعمال مرض میں محض ثانوی طور پر موجود ہوتا ہے۔ ایسی حالتیں بلاشبہ بہت معروف ہیں۔ حیض کے شاذ کئی ایک سال تک طبعی طور پر اور بغیر کسی نامناسب درد کے ساتھ آنے کے بعد مریض کو شدید درد کی شکایت شروع ہو جاتی ہے جس کے ساتھ نزف میں بھی اضافہ ہو جاتا ہے، اور فتور حیض کے دیگر علامات بھی پائے جاتے ہیں جو اوقاف حیض میں موجود ہوتے ہیں۔ درد حیض کی ابتدا ضرر حوض کے پیدا ہونے کا نتیجہ ہوتی ہے، جس کی عام مثالیں یہ ہیں (ا) نلیوں اور بیضین کے التہابی عوارض جن کے ساتھ اکثر رحم کی پس گردیدگی (retroversion) پائی جاتی ہے، (ب) بیض کے نزفی دویرے (دروں رحمی سلعہ :endometrioma) جو عام طور پر کثیف طور پر منضم پائے جاتے ہیں، (ج) رخنی (interstitial) یا زیر مخاطی لیفیتی سلعہ (submucous fibroid tumour)- یہ تمام حالتیں کتخدا اور ناکتخدا، اور بے اولاد اور صاحب اولاد عورتوں میں یکساں طور پر پائی جا سکتی ہیں۔ اس قسم کے ضررات عمل حیض کو امتلائے حوض میں

جو حیض سے قبل اور اس کے دوران میں ہمیشہ موجود ہوتا ہے، کثیر اضافہ کرنے سے متاثر کرتے ہیں۔ 182
لیفیتی سلعہ (fibroid tumour) کے موجود ہونے کی حالت میں رحم کے عضلی انقباضات اِس جسمِ غریب کو خارج کرنے کی کوشش میں بعض اوقات تشنجی ہو جاتے ہیں۔

اگرچہ بعض اوقات دوسرے حوضی علامات بھی موجود ہوتے ہیں، لیکن مریضہ صرف دردِ حیض ہی کے لئے مشورہ طلب کرتی ہے۔ لہٰذا ایسے تمام مریضوں میں مفصل امتحانِ حوض کی ضرورت ہوتی ہے، اور جب تک یہ سرانجام نہ دے دیا جائے اُن کو زیرِ علاج رکھنا قرینِ دانش نہیں۔

اس قسم کے دردِ حیض کی توجیہ برونی ضرر (extrinsic lesion) کی موجودگی سے قابلِ اطمینان طور پر کی جاسکتی ہے۔ یہ علامت شاذونادر ہی حقیقی طور پر حاد ہوتی ہے، اور اس کا علاج مسبب حالتوں کو رفع کرنے کے علاوہ اور کسی ذریعہ سے کامیابی سے نہیں کیا جاسکتا۔ درد کو تسکین دینے کے لئے جو تدابیر اختیار کی جاتی ہیں اُن کا ذکر آئندہ آئے گا، اور یہ تمام اقسام کے دردِ حیض کے لئے ایک ہی ہیں۔

۳۔ مجہوداتی (Moliminal)۔ یہ قسم جو اُن علامات کے مبالغہ کی ایک شکل ہے جو طبعی طور پر فعلِ حیض کی ابتدا سے عین پہلے نمودار ہوتے ہیں، اور مجموعی طور پر "مجہوداتِ حیض" کہلاتے ہیں، ان عورتوں میں دکھائی دیتی ہے جو عدیم الدم، قبض کی مریض اور ناقص التغذیہ ہوتی ہیں، اور ورزش نہیں کرتیں، اور یا بہت کم ورزش کرتی ہیں۔ ایامِ حیض سے پہلے ہفتہ میں ان کو چند دن بے آرامی کی شکایت رہتی ہے، اور اس کے بعد ایک سے تین دن تک اِن کو شدید تکلیف رہتی ہے جس کے دوران میں روزمرہ کے مشاغل کو جاری رکھنا مشکل یا غیر ممکن ہوتا ہے۔ خونِ حیض کا نقصان بالعموم متوسط درجہ کا یا قلیل ہوتا ہے، اور اِن کو اِس ناسازیٔ طبع سے بہت جلد افاقہ ہو جاتا ہے۔ اِس قسم کی تکلیفِ حیض میں کسی حوضی سبب کا پایا جانا استثنائی حالتوں میں سے ہے، اور بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ تکلیف بیشتر عمومی صحت کی خرابی سے پیدا ہوتی ہے۔ جب کوئی مریضہ اول اول زیرِ مشاہدہ آئے تو امتحانِ حوض ضروری نہیں ہوتا، کیونکہ تجربہ سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ عمومی صحت کو بہتر بنانے سے تقریباً تمام مریضوں میں حیض کی تکلیف بھی ایک بہت بڑی حد تک رفع ہو جاتی ہے۔ عدمِ دمویت اور قبض کا علاج کرنے کے علاوہ ان مریضوں میں جسمانی ورزش کی اہمیت کو بھی نظر انداز نہ کرنا چاہئے۔ لڑکیوں کو جمناسٹک کی

ورزشیں کرانا مشکل ہے، لیکن رقص مقبول عام ہے، اور تمام طبقات کی عورتیں اس سے مستفید ہو سکتی ہیں۔ اندرون خانہ اور کوئی بہتر ورزش نہیں، لیکن اگر ممکن ہو سکے تو میدانی کھیلوں اور پیدل سیر کرنے کو ترجیح دینا چاہیئے۔

حیض میں درد کے مبادی۔ جو اسباب عسر الطمث کی ابتدائی قسم یعنی صادق عسر الطمث میں فعل حیض کے دوران میں درد کا باعث ہو سکتے ہیں اب ان کا ذکر کیا جائیگا۔

(۱) انقباضات رحم۔ دوران حیض میں عضلۂ رحم کے انقباضات جو کام سرانجام دیتے ہیں اس کی توضیح پہلے کی جاچکی ہے (صفحہ 113)۔ عنق کو متسع کرنے، اور حیضی اسقاط کے حاصلات کو مہبل میں خارج کرنے اور انجام کار انسداد نزف میں مدد دینے کے لئے موثر انقباض ضروری ہے۔ طبعی حالات کے تحت یہ انقباضات متوازن ہوتے ہیں اور عموماً درد خیز نہیں ہوتے۔ بعض حالتوں میں یہ تشنجی یا کزازی شکل اختیار کر لیتے ہیں، اور ان سے شدید درد پیدا ہوتا ہے، جیسا کہ اختیاری عضلات میں اینٹھن سے پیدا ہوتا ہے۔

تشنجی انقباضات یا تو رحم کی ناقص تعصیب سے، اور یا اس کے عضلی نظام کی عدم کفایت سے، اور یا عنق میں کسی رکاوٹ کے موجود ہونے کی وجہ سے جس سے اس میں سے خون نہ گزر سکتا ہو، اور یا حیضی ریزینہ کے ناقص تنخر اور اس کی ناقص علیحدگی سے پیدا ہو سکتے ہیں۔

تعصیبت رحم میں جو نقائص پائے جاتے ہیں ان کے متعلق صحیح طور پر کچھ بھی معلوم نہیں۔ عضلۂ رحم کی عدم کفائت رحم کے خلقی ناقص نمو کی صرف انتہائی قسم (جو رضیعی رحم کے نام سے موسوم ہے) ہی میں نہیں بلکہ غیر طبعی طور پر چھوٹے رحموں کی بہت کم واضح مثالوں میں بھی ثابت کی جاسکتی ہے۔ لیفی بافت کے مقابلہ میں عضلہ کا تناسب کم ہوتا ہے، اور شائد ریشوں کی ترتیب بھی غیر طبعی ہوتی ہے۔ اس قسم کے رحم کو عمل حیض سرانجام دینے کے لئے غیر طبعی طور پر کوشش کرنے کی ضرورت ہوگی۔ اور انقباضات تشنجی اور نہایت درد خیز ہو جائیں گے۔

جزوی انسداد بھی رحم کی غیر طبعی کوشش کا باعث ہوگا۔ اس قسم کے جزوی تسددات رحم کی تنگنائے پر نہایت ہی حاد خم کے موجود ہونے، یا چھوٹے فم خارجی (سوزنی فم رحم)، یا ایسے لیفیتی سعدانہ (fibroid polypus) کی شکل میں موجود ہوتے ہیں جو قنال عنق کو مسدود کر رہا ہو۔ تاہم سریریاتی شہادت سے یہ صاف طور پر ظاہر ہوتا ہے کہ یہ تمام حالتیں

بذاتِ خود عسر الطمث پیدا نہیں کرتیں، لیکن جب یہ عضلۂ رحم کی عدم کفائت یا دیگر درونی اسباب کے ساتھ موجود ہوتی ہیں تو بلاشبہ اہم ہوتی ہیں۔ ان کی وجہ سے جو رکاوٹ عنق کے متسع ہونے اور حیضی ریزینہ اور سائل حیض کے اخراج میں پیدا ہوتی ہے اس پر ایسا رحم غالب آسکتا ہے جو طبعی قوت رکھتا ہو، مگر خلقی طور پر کمزور رحم کو بے حد دقت پیش آتی ہے۔ اصطلاحاتِ قدیم میں ایسی مثالوں کو تسددی عسر الطمث (obstructive dysmenorrhœa) کے نام سے موسوم کیا جاتا تھا، لیکن جدید خیال یہ ہے کہ تسدد بذاتِ خود اتنا خفیف ہوتا ہے کہ عمل حیض کو اتنا زیادہ متاثر نہیں کرتا، اور اسے صرف تبھی اہم تصور کرنا چاہیے جبکہ اس کے ساتھ عضلی عدم کفایت بھی موجود ہو۔ سریریاتی تجربہ سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ ابتدائی عسر الطمث کی شدید ترین حالتیں وہ ہوتی ہیں جن میں غیر طبعی طور پر صغیر الجسم رحم میں حاد خم بھی پایا جاتا ہو، اور یا اس کا فمِ خارجی غیر طبعی طور پر چھوٹا ہو۔

اس قسم کا عام ترین مقامی ضرر جسے شدید دردِ حیض کا مؤید سبب تصور کیا جا سکتا ہے رحم کی ناقص التکون حالت ہے جسے "حلزونہ نما رحم" (cochleate uterus) کہا جاتا ہے (شکل ۱۰۱)۔ نمو کی اس خلافِ قاعدگی میں جس کا نام "صغیر الجسامت خمیدہ رحم" (small flexed uterus) ہے عنق صغیر الجسامت ہوتی ہے، اور آگے کی طرف کو حاد طور پر خمیدہ ہوتی ہے۔ اور اس کا خاکہ اسطوانہ نما ہونے کی بجائے نکیلا یا مخروطی ہوتا ہے۔ فمِ خارجی بھی اپنی طبعی جسامت سے چھوٹا ہوتا ہے۔ سابق ماہرینِ امراض النساء اسے "سوزنی" فمِ خارجی والی "مخروطی" عنق کہتے تھے، اور عسر الطمث کو اس میکانی رکاوٹ کے ساتھ منسوب کیا جاتا تھا جو رحم کے حاد خم اور تنگ قنالِ عنق سے پیدا ہوتی ہے۔ مگر اب یہ ضروری معلوم ہوتا ہے کہ اس موضوع کے متعلق زیادہ وسعتِ نظر سے کام لیا جائے۔ یہ تسلیم کرنے کے لئے معقول دلائل موجود ہیں کہ ناقص التکون رحم (hypoplasic uterus) کی ساخت اور شکل دونوں غیر طبعی ہوتی ہیں۔ یہ ایک کمزور رحم ہوتا ہے، اور خونِ حیض کو دفع کرنے کے لئے اس کو زیادہ سخت کوشش کرنے کی ضرورت ہوتی ہے جو حاد دردِ خیز تشنجی انقباضات کی شکل اختیار کر لیتی ہے، اور یہ انقباضات ایک بہت بڑی حد تک دردِ شکم کے دوروں کا باعث ہوتے ہیں۔ رحم کے خم اور قنالِ عنق کے چھوٹے قطر کی وجہ سے بھی اس قسم کے کمزور رحم کی مشکلات میں قدرتی طور پر اضافہ ہو جاتا ہے۔

رحم کے کم تکون کی ایک خفیف قسم بھی پائی جاتی ہے جس میں یہ عضو صغیر الجسامت

ہوتا ہے مگر خمیدہ نہیں ہوتا۔ یہ اکثر پیش گردیدہ ہوتا ہے اور "مہبلی حصہ" (portio) چھوٹا ہوتا ہے، مگر دوسرے لحاظات سے اس کے خواص طبعی ہوتے ہیں، اور مہبلی قبوے نسبتاً کشادہ اور وسیع ہونے کی بجائے تنگ اور سکڑے ہوئے ہوتے ہیں۔ اس قسم کے رحم کے ساتھ بھی تکلیف بعض اوقات اتنی ہی شدید ہوتی ہے جتنی کہ "حلزونہ نما" (cochleate) قسم کے رحم کے ساتھ ہوتی ہے۔ بعض اوقات بہت اچھی صحت کی عورتوں میں بھی جن کا نمو دوسرے لحاظات سے بالکل طبعی ہوتا ہے، اس قسم کے خفیف سے نموی اغلاط موجود ہوتے ہیں جو اس قسم کے شدید دردِ حیض کا باعث ہوتے ہیں۔

یہ امر کہ رحم کی ناقص التکون حالتیں بہت سی مثالوں میں دردِ حیض کی پیدائش کی صرف تائید ہی کرتی ہیں اس امر سے ظاہر ہے کہ ان خلاف قاعدگیوں کے موجود ہونے کی حالت میں اکثر حیض کی کسی قسم کی شکایت موجود نہیں ہوتی، اور جب کبھی تشریحی بدشکلی معتدبہ درجہ تک موجود ہوتی ہے "ماہواری ایام" میں ہر مرتبہ درد نہیں پایا جاتا۔ شدید عسر الطمث کے پچاس متوالی واقعات کے ایک سلسلہ میں جن کا تجزیہ ہم (بی۔ ڈبلیو) نے رحم کی تشریحی قسموں کے لحاظ سے کیا تھا ہمیں مندرجہ ذیل اعداد حاصل ہوئے۔ طبعی، ۲۳۔ "مرغولہ نما" ۱۳۔ "ریعانی" ۷۔ "مخروطی عنق"، ۔ اس سلسلہ میں بخوبی نمو یافتہ طبعی رحموں کی اضافی کثرت تعداد دلچسپی سے خالی نہیں، اور اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ صادق عسر الطمث کی پیدائش کے لئے جبلی تشریحی نقص کے علاوہ کوئی اور سبب بھی ضروری ہوتا ہے۔ اس امر سے اس سر بریاتی مشاہدہ کی توجیہ ہوتی ہے کہ رحمی خلاف قاعدگی کو رفع کرنے کے لئے جو علاج اختیار کیا جاتا ہے، جو خواہ عنق کا سادہ انساع ہو یا کوئی زیادہ وقت طلب طریقۂ عمل ہو، مثلاً عنق میں شگاف دینا یا داخلی یا خارجی رحم برآری، اس سے دردِ حیض ہمیشہ رفع نہیں ہوتا۔ یہ صحیح ہے کہ عملیہ کے بعد بعض حالتوں میں بہت سے مریضوں میں ماہواری ایام کے درد میں معتدبہ تخفیف ہو جاتی ہے، مگر تجربہ سے یہ عام طور پر ظاہر ہوتا ہے کہ یہ درد تین سے چھ ماہ تک کے عرصہ کے بعد پھر عود کر آتا ہے۔

(ب) دروں رحمی تھکلے۔ طبعی حالات کے تحت سالماتی دروں رحمی تنخر کے دوران میں رحم کے اندر خونِ حیض کے چھوٹے چھوٹے رولے بن جاتے ہیں۔ اس عمل کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 107)۔ جن عورتوں کو حیض بافراط آتا ہے ان کے مشاہدہ میں یہ بات آتی ہے کہ موادِ حیض کے ساتھ خون کے تھکلے بھی خارج ہوتے ہیں، اور جب نزف بہت زیادہ ہو تو

ان کی جسامت بھی بعض اوقات بڑی ہوتی ہے۔ جب یہ مہبل میں طیار ہوتے ہیں تو ان کے اخراج کے دوران میں کوئی غیر معمولی درد نہیں پایا جاتا۔ اگر غیر طبعی حالات کے تحت بڑے بڑے تھکے رحم کے اندر بن جائیں تو ان کے عنق سے خارج ہونے کے وقت عموماً بہت سا درد ہوگا۔ بہر کیف صادق عسر الطمث کی شدید ترین حالتوں میں اس قسم کے تھکے شاذ و نادر ہی خارج ہوتے ہیں، اور سائل حیض درحقیقت اکثر قلیل المقدار ہوتا ہے، اور تھوڑے عرصہ کے لئے جاری رہتا ہے۔ لہٰذا سریری شہادت سے بظاہر یہ ثابت ہوتا ہے کہ رحمی تھکے بذات خود درد حیض کا زیادہ اہم سبب نہیں ہیں۔

(ج) حیضی ریزینہ۔ فعل حیض کی پیچیدہ حالت کے متعلق جو جدید نظریے قائم کئے گئے ہیں، ان سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ صادق عسر الطمث کے بنیادی سبب کا انحصار دروں رحمہ یا حیضی ریزینہ کے غیر طبعی نمو پر ہے جو مقدم نخامیہ اور بیضی ہارمونوں کے سوء فعل کا نتیجہ ہوتا ہے۔ بیض کے طبعی اور رحم کے نوبتی تغیرات کے پیدا کرنے میں جو فعل دروں افرازی نظام انجام دیتا ہے اس کا ذکر مطالعہ کنندہ کو فعلیات حیض کے بیان میں دیکھنا چاہئے (دیکھو صفحات 105 تا 111)۔ یہ صاف ظاہر ہے کہ دروں افرازی غدد کے افرازات میں اگر کسی ایک میں بلحاظ کیفیت و کمیت کوئی فرق آجائے تو اس کا اثر دروں رحمہ پر ہوتا ہے جس سے حیضی اسقاط حد سے زیادہ درد خیز ہو جاتا ہے۔

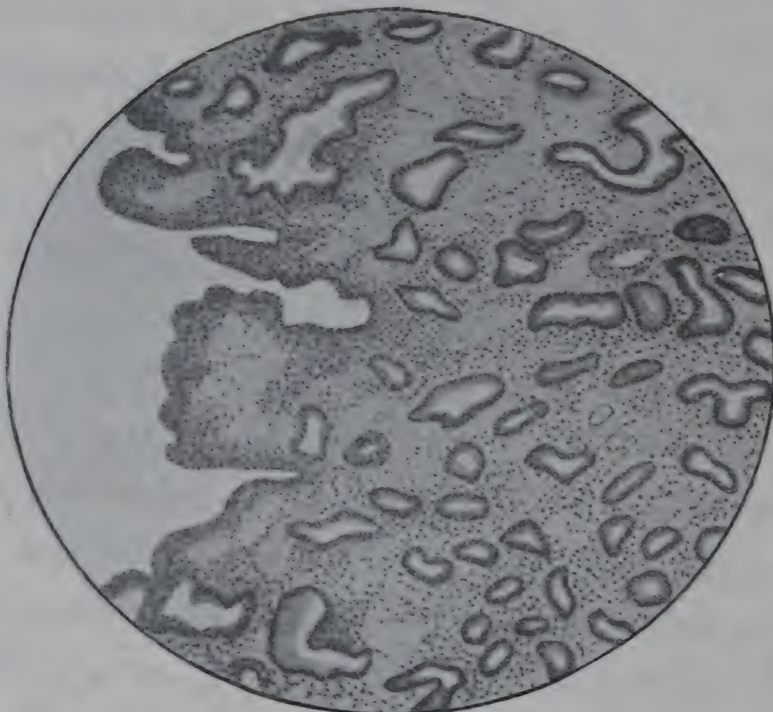
"غشائی عسر الطمث" (membra nous dysmenorrhœa) کے نام سے ایک حالت مدت سے تسلیم کی جا چکی ہے جس میں غشا کے ٹکڑے جنھیں "سیکے" (casts) کہا جاتا ہے رحم میں سے خارج ہوتے ہیں۔ ایسے چند افراد میں جن میں "حس درد" شائد کم ہوتی ہے ایسے سیکے درد حیض کی زیادتی کے بغیر خارج ہو جاتے ہیں۔ مگر عام طور پر ایسا ہوتا ہے کہ ان کے اخراج کے ساتھ انتہائی درجہ کا شدید درد پایا جاتا ہے۔ صادق عسر الطمث کی بہت سی حالتوں میں سائل حیض میں ٹھوس بافت کا مظاہرہ کیا جا سکتا ہے جو خالی آنکھ سے دیکھی جا سکتی ہے۔ اگرچہ نام نہاد "غشائی عسر الطمث" ۱۷۶۹ء سے معلوم ہے اور اس کا بیان قلمبند کیا جا چکا ہے اور یہ بالعموم کسی قدر نادر الوقوع تصور کیا جاتا ہے، مگر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ عارضہ ایک حالت کا انتہائی درجہ ہے جس کے کمتر مدارج اتنے قلیل الوقوع نہیں۔

جب شدید عسر الطمث کی مریض عورتوں میں سائل حیض کو کئی "ماہواری ایام" کے



ٹھوس دروں رحمی بافت کے مناظر خالی آنکھ سے۔ یہ بافت صادق عسر الطمث کی ایک مریضہ کے متواتر چار "ماہواری ایام" میں رحم سے یا تو خالص اور یا خون کے تھکے سے مخلوط خارج ہوئی تھی۔ اِس مادہ کے اختلاف پذیر صفات بخوبی ظاہر ہیں۔ (۱) اور (۲) چھوٹے ندفوں یا "موش دُم" روبوں ("rat-tail" coagula) کو ظاہر کرتے ہیں۔ (۳) ایک مثالی حیضی "وحمہ" (menstrual "mole") ہے۔ (۴) پر حیضی ریزینہ کا وسیع تسلخ "غشا" کی شکل میں دکھائی دیتا ہے۔ (وائٹ ہوس۔)

دوران میں احتیاط سے باقاعدہ طور پر جمع کیا جاتا ہے اور اس کے متعلق تحقیقات کی جاتی ہے تو ایسا مادہ حاصل کیا جا سکتا ہے جس میں خردبینی دروں رحمی "ہیولوں" (ghosts) سے لیکر، جو طبعی



شکل ۱۲۱۔ دروں رحمی بافت کے بہت سے "ندفات" میں سے ایک کی ساخت۔ یہ ندفات متوسط شدت کے عسر الطمث کی ایک مریضہ سے لئے گئے تھے، اور یہ سائل حیض میں "ماہواری ایام" کے دوسرے دن موجود تھے۔ ان کا منظر نام نہاد "بیش حیضی" دروں رحمہ کا سا ہے۔ سطحی زیر سر حلمی دموی سلعہ (superficial subepithelial hæmotoma) اور بہت سے علی حالہ غدد کی موجودگی اور ہیکلی خلیات کا ابتدائی ریزینی منظر غور سے دیکھا جائے۔ بافت میں سطحی تنخر موجود نہیں جیسا کہ طبعی حیض میں ہوتا ہے۔ تمام ندفہ اترا آتا ہے (۱۰۵ X)۔

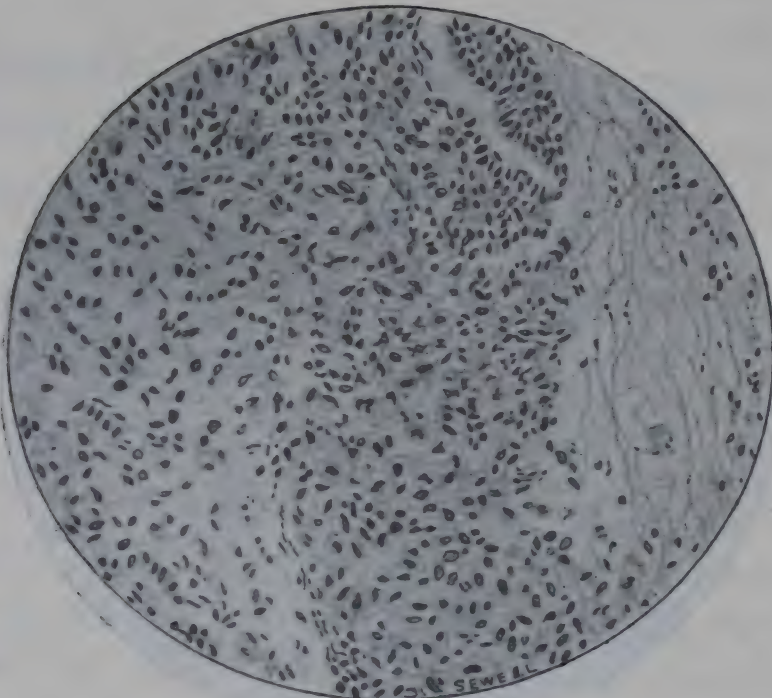
حالت میں موجود ہوتے ہیں، مکمل "سبیکہ" (cast) تک کے، "جو سلخی دروں رحمی التہاب"

(exfoliative endometritis) کی معیاری حالتوں میں خارج ہوتے ہیں، تمام مدارج پائے جاتے
ہیں (دیکھو صفحہ ۸)۔

بہت سی حالتوں میں دردِ حیض کی شدت رحم سے خارج شدہ ٹھوس دروں رحمی بافت
کی مقدار اور خارج شدہ ٹکڑوں کی جسامت سے بلاواسطہ تناسب رکھتی ہے۔ ایک ہی مریضہ کے
متواتر ماہواری ایام میں خارج شدہ بافت کی مقدار میں معتدبہ اختلاف پایا جاتا ہے۔ اکثر ایسا
ہوتا ہے کہ جب کبھی درد اور کثرتِ طمث کے ساتھ حیضی ریزینہ کا وسیع تعریہ ہو جاتا ہے تو بعد کے
ایامِ حیض میں اکثر نزف نسبتًہ قلیل المقدار ہوتا ہے، اور درد بھی بہت کم ہوتا ہے، اور خالی آنکھ
سے کوئی ندفی بافت بھی نظر نہیں آتی۔

جو دروں رحمی بافت سائلِ حیض میں موجود ہوتی ہے وہ سریریاتی طور پر چھوٹے چھوٹے
ندفات یا "لطخات" (plaques)، یا غشا کے ٹکڑوں یا چھوٹے چھوٹے ٹھوس "شبیکوں"
(casts) کی شکل میں پائی جاتی ہے جو فائبرین پر مشتمل ہوتے ہیں جو انحطاط یافتہ دروں رحمی
خلیات سے بہت موتلف ہوتی ہے۔ یہ گول ٹھوس "سبیکے" "حیضی وحمات" (menstrual
moles) کے نام سے بجا طور پر موسوم کئے جا سکتے ہیں (دیکھو صفحہ ۸)۔ جب حیض کے ساتھ حقیقی
غشا خارج ہوتی ہے تو اس کے ٹکڑوں میں دبازت اور جسامت دونوں کے لحاظ سے معتدبہ اختلاف
پایا جاتا ہے۔ مکمل ترین اقسام میں کہفۂ رحم کے مثلث سبیکے اتر آتے ہیں جو اپنی آزاد سطح پر ہموار 186
اور پیچیدہ سطح پر ناہموار اور کھردرے ہوتے ہیں۔ رحم کے حیضی "سبیکوں" (casts) کی دو قسمیں
بیان کی جاتی ہیں: (ا) لیفینی یا دموی "سبیکے" اور (ب) دروں رحمی یا بافتی "سبیکے"۔
ہماری رائے میں اس قسم کی تفریق غیر ضروری اور مغالطہ انگیز ہے، کیونکہ ابتدائی امراضیاتی ضرر
ایک ہی ہوتا ہے۔ لیفینی "سبیکے" اور دروں رحمی بافت کے ٹکڑے، دونوں کے دونوں اکثر
ایک ہی عورت کے ایک ہی "ماہواری ایام" کے مواد میں پائے جاتے ہیں، اور اگر سائلِ حیض کا
ٹھوس حصہ جمع کیا جائے تو بافت کے ندفوں کا شناخت کرنا ممکن ہوتا ہے خواہ اُن کا بیشتر حصہ
خون کے تھکے یا ورقہ دار فائبرین پر ہی کیوں نہ مشتمل ہو۔ فائبرین اور بافت کی مقدار بھی ایک
ہی عورت کے مختلف "ماہواری ایام" میں بہت اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ بافتی خلیات بالعموم
بہت انحطاط یافتہ ہوتے ہیں، اور اِن کی تلوین اچھی طرح نہیں ہوتی، اور اس لئے ہر حلمہ کا
خاطر خواہ مظاہرہ کرنے کے لئے بہت سی تراشوں کی ضرورت ہوتی ہے۔ ہمارا (بی۔ ڈبلیو کا)

یہ خیال ہے کہ لیفینی حیضی سبیکے رحم کے اندر درون رحمہ کے کسی قدر تحریہ کے بغیر ہرگز پیدا نہیں ہوتے۔ ان کی پیدائش اور جسامت کا انحصار غالباً تقشری عمل کی تفصیلات، معرارقبہ جات کی وسعت،

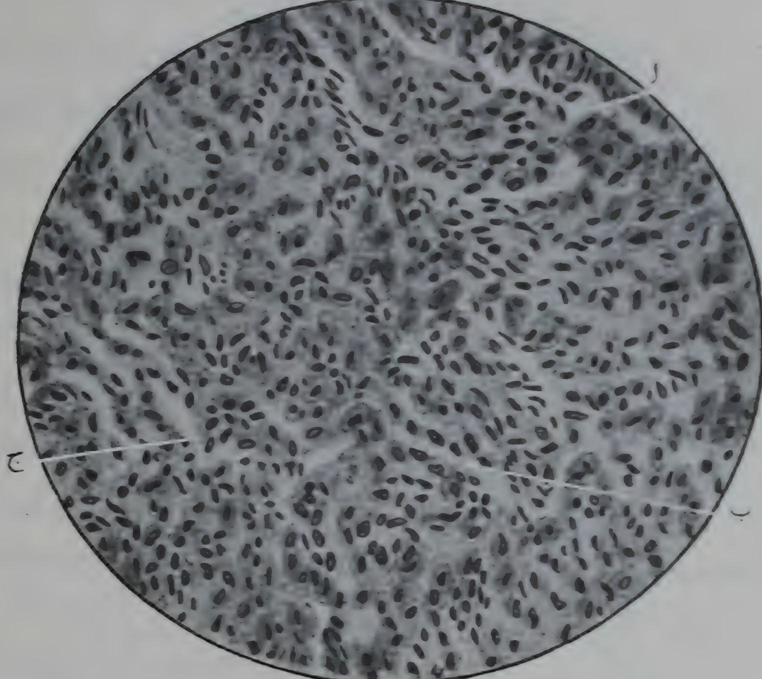


شکل ۱۲۲۔ یہ تصویر شدید عسر الطمث کی حالت میں درون رحمہ کی تفصیلی ساخت کو ظاہر کرتی ہے۔ تراش کی دائیں جانب پر ہیکلی خلیات کے مثالی ریزینی خواص اور فلائبرین کی فراہمی کو غور سے دیکھا جائے۔ سفید خلیات کی کسی قدر دریزش موجود ہے، لیکن خون کی نمایاں وعابدری نہیں پائی جاتی (۳۵۰ ×)۔

وعابدر خون کی مقدار اور اس کے بہاؤ کی سرعت، اور خاصکر "وحمہ" (mole) کے کہفۂ رحم کے اندر محبوس رہنے کی مدت پر ہے۔

سائل حیض میں ٹھوس درون رحمہ پائے جانے کی حالت میں جو شدید درد حیض موجود ہوتا ہے وہ بالعموم اُس رحمی قولنج (uterine colic) سے منسوب کیا جاتا ہے جو کہفۂ رحم سے

بافت اور تھکوں کے خارج ہونے کے دوران میں پیدا ہوتا ہے۔ چونکہ درد اکثر موادِ حیض کے
بخوبی جاری ہو جانے سے تقریباً ایک گھنٹہ پیشتر شروع ہو جاتا ہے، اور یہ فعلِ حیض کے اس درجہ کی 187



شکل ۱۲۳۔ ریزینہ کی بافت کی تصویر۔ یہ ایک مریضہ کے سائلِ حیض میں سے حاصل کیا گیا تھا جو شدید دردِ حیض کی شکایت کرتی تھی، لیکن اسے یہ علم نہ تھا کہ "چھوٹے چھوٹے تھکوں" کے علاوہ اور کوئی چیز بھی خارج ہوتی ہے۔ یہ تصویر ہیکلی خلیات کے معیاری ریزینی خاصہ کو ظاہر کرتی ہے۔ بافت کی ساخت شکل ۱۲۲ کے مشابہ ہے، لیکن اس حالت میں بافت کے صرف چھوٹے چھوٹے ٹکڑے سائلِ حیض میں موجود تھے۔ ا، ب اور ج ایسے غدد کو ظاہر کرتے ہیں جن کا سرحلمہ اس قدر مضغوط ہو گیا ہے کہ وہ ہیکل ہی سے ملے ہوئے دکھائی دیتے ہیں (۳۵۰ x)۔

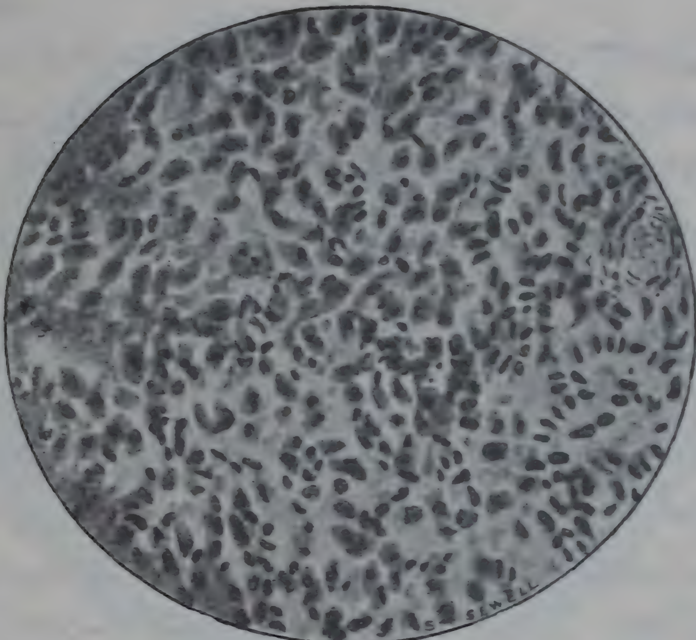
جسے "درجۂ اول" کہا جا سکتا ہے ایک علامت ہے لہٰذا یہ زیادہ قرین قیاس ہے کہ علامات

اس وقت نمودار ہوتے ہیں جبکہ متعلقہ بافتوں کی حقیقی علیحدگی عمل میں آتی ہے۔

حیضی "دو سیبکوں" اور "وجھوں" کے خردبینی منظر کا ممیز خاصہ یہ ہوتا ہے کہ دروں رحمی ہیکل کی اتصالی بافت کے خلیات میں ریزینی نمو بہت نمایاں درجہ تک پایا جاتا ہے۔

اس امر کا اعتراف مدت سے کیا جا چکا ہے کہ بڑے بڑے حیضی سیبکوں میں ہیکلی خلیات کا منظر بلاشبہ ریزینی ہوتا ہے، لیکن یہ معلوم کرنا بہت ضروری ہے کہ یہی تغیر بافت کے ان چھوٹے چھوٹے ٹکڑوں میں بھی پایا جاتا ہے جو ایسے مریضوں کے سائلِ حیض میں موجود ہوتے ہیں جن کے رحم سے بڑی بڑی "غشائیں" خارج نہیں ہوتیں۔ ۸۰ واقعات کے ایک سلسلہ میں جس کی تحقیقات ہم میں سے ایک (بی۔ ڈبلیو) نے کی ہے، سائلِ حیض سے حاصل شدہ مواد میں طبعی نام نہاد "پیش حیضی" دروں رحمہ سے لیکر مکمل طور پر نمو یافتہ ریزینہ (جو حمل کے ریزینہ کے مشابہ تھا) تک کے تمام مترقی مدارج صاف ظاہر ہوتے تھے (دیکھو اشکال ۱۲۱ و ۱۲۲ و ۱۲۳ و ۱۲۴)۔ اگر بافت کچھ عرصہ تک رحم میں رہے، یا مہبل میں محبوس ہو جائے تو ریزینی خلیات میں خود پاشیدگی واقع ہو جاتی ہے اور جو خردبینی مناظر تازہ مواد میں موجود ہوتے ہیں وہ غائب ہو جاتے ہیں۔ جب خود پاشیدگی نمایاں ہوتی ہے تو دوری بافت کے خلیوں کے خاکے غائب ہو جاتے ہیں، اور صرف نواتات ہی باقی رہ جاتے ہیں، اور اس طرح "اندھے شیشے" کا سا ایک منظر پیدا ہو جاتا ہے (بلیئر بیل :Blair Bell) (دیکھو شکل ۱۲۴)۔ گاہے گاہے ماہواری ایام کے اختتام کے قریب رحم سے ایسی بافت خارج ہوتی ہے جو انتہائی انحطاط کے نتیجہ کو ظاہر کرتی ہے۔ اس میں ریزینی قسم کے خلیات بالکل غائب ہوتے ہیں، اور خلوی فواصل اور سفید خلیات کے تودہ میں صرف چند متکسر غدد موجود ہوتے ہیں جن سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ یہ مواد بلحاظ اصل دروں رحمی تھا۔ بافت کی دررحمی خود پاشیدگی سے شدید دردِ حیض کے بعض ایسے واقعات کی توجیہ ہو سکتی ہے جن میں کوئی نمایاں عضوی سبب موجود نہیں ہوتا، اور جن میں کہنہ رحم سے ریزینی بافت خارج نہیں ہوتی۔ شدید عسیر الطمث کے ۵۰ واقعات میں سے، جن کے متعلق ہم نے تحقیقات کی ہے، ۱۳ میں موادِ حیض میں کسی قسم کی بافت کی موجودگی کا مظاہرہ غیر ممکن تھا باوجودیکہ یہ واقعات سریری طور پر انہی واقعات کے متماثل تھے جن میں سائلِ حیض میں ایسا مواد پایا گیا تھا۔ اس قسم کی ایک مریضہ میں جس میں ہر معلوم علاجی تدبیر آزمائی جا چکی تھی اور ناکام رہی تھی، رحم فعلِ حیض کی ابتدا کے ایک گھنٹہ کے

اندر اندر دور کر دیا گیا تھا جبکہ درد انتہائی شدت کو پہنچ چکا تھا۔ اس کے دروں رحمہ میں انتہائی ''ریزینی تعامل'' (decidual reaction) پایا گیا' جو اسی قسم کا تھا جیسا کہ اُس بافت میں

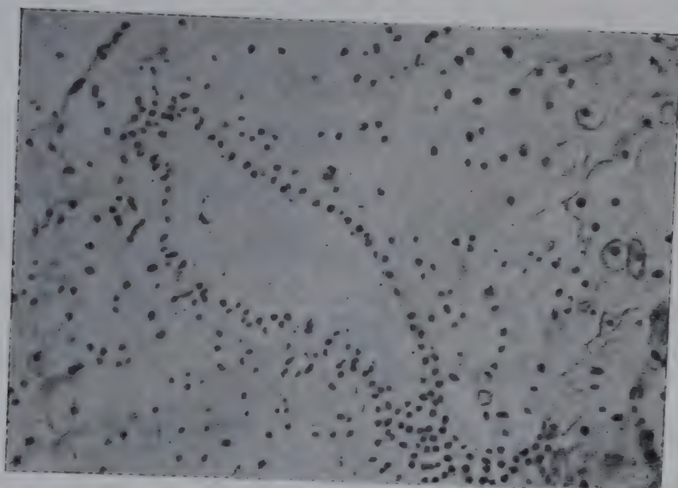


شکل ۱۲۴۔ یہ ایک چھوٹے سے ''سبیکہ'' کی تصویر ہے جو ایک مریضہ کے سائلِ حیض میں ایامِ حیض کے چوتھے دن پایا گیا تھا۔ اس مریضہ کو حیض کے پہلے دن شدید درد ہوا تھا۔ ریزینی خلیات میں خود پاشیدگی کا عمل جاری ہے جس سے اس تراشش میں ''اندھے شیشے'' کا سا ابتدائی منظر پیدا ہو گیا ہے (۳۵۰ x)۔

پایا گیا تھا جو اسی قسم کے مریضوں کی مہبل سے حاصل کی گئی تھی۔ یہ اغلب ہے کہ اس مثال میں حیضی ریزینہ کہفۂ رحم سے خارج نہ ہوا ہو بلکہ اِس میں عدیم العفونت خود پاشیدگی واقع ہو گئی ہو جیسی کہ بعض پستانیوں میں کاذب حمل کی حالت کے اختتام پر طبعًا واقع ہوتی ہے۔ شکل ۱۲۵ میں دروں رحمہ کے ایک ٹکڑے میں جو ایک تیئیس سالہ لڑکی کے رحم سے فعلِ حیض کے پہلے دن

بذریعہ جرف (curettage) نکالا گیا تھا ایک بہت نمایاں ریزینی منظر دکھائی دیتا ہے، اور اس لڑکی کے سائلِ حیض میں بہت شدید عسرالطمث کے باوجود کوئی بافت شناخت نہیں کی جاسکتی تھی۔

اس سے یہ ظاہر ہوگیا کہ دروں رحمہ میں ریزینی خلیات کی غیر طبعی اور مفرط پیدائش شدید دردِ حیض کے پیدا ہونے کا ایک اہم سبب ہے۔ یہ اس طبعی سالماتی تنخر کو روک دیتی ہے جو کاذب حمل کے اختتام پر واقع ہوتا ہے، اور اس بافت کی علیٰحدگی اور رحم کے اندر اس کی



شکل ۱۲۵۔ ہیکلی خلیات میں دورانِ حیض میں نمایاں تغیر۔ یہ تراشِ دروں رحمہ کی سطح پر سے لی گئی ہے جو بذریعہ جرف حاصل کیا گیا تھا۔

موجودگی سے رحم کے وہ بے قاعدہ دردخیز انقباضات پیدا ہوتے ہیں جو سریریاتی نقطۂ نظر سے عسرالطمث کے نام سے موسوم ہیں۔

لہٰذا یہ قرینِ قیاس ہے کہ صادق عسرالطمث کی امراضیات دروں رحمہ کے ریزینی تعامل کی فعلیات سے قریبی تعلق رکھتی ہے، اور نخامیہ کے مقدم لختنہ اور جسمِ اصفر کے افعال سے بلاواسطہ وابستہ ہے۔ پیش حیضی دروں رحمہ میں ریزینی خلیہ کا وجود اول اول ہشمین (Hitschmann) اور ایڈلر (Adler) نے ثابت کیا تھا، اور اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ

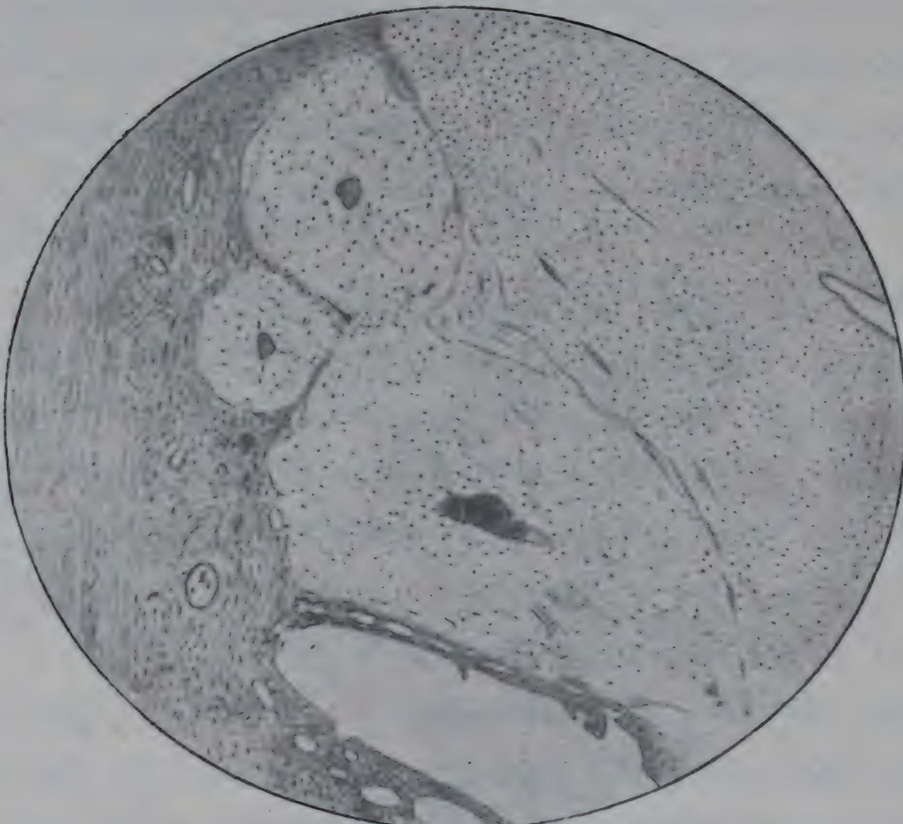
حالتِ حمل کے علاوہ اس خلیہ کی موجودگی ایک اہم طبّی قانونی اہمیت رکھتی ہے۔

سنین حال میں جیپل (Geipel)، شلر (Schiller) اور ڈبلیو شا (W. Shaw) نے رحم سے باہر کی بافتوں، مثلاً بیضین، زائدہ (appendix)، ثرب (omentum)، حوض کے لمفی غدد اور باریطون میں حمل اور عدم حمل کی دونوں حالتوں میں مثالی ریزینی خلیات کی عدم موجودگی کی طرف توجہ دلائی ہے۔ بہرکیف ان خلیات کی موجودگی کا انحصار بتامہٖ فعال جسمِ اصفر کی موجودگی پر ہے جس سے یہ امر صاف ظاہر ہوتا ہے کہ ریزینی تعامل کو لیوٹینی ہارمون منضبط رکھتا ہے۔ بیضین اور دوسرے مقامات میں ان بے محل ریزینی خلیات کی "دھبّے دار" تقسیم اس امر کا مظاہرہ کرتی ہے جس کی طرف ڈبلیو۔ شا نے اشارہ کیا ہے، یعنی اگرچہ دائر ہارمون کا وجود ناگزیر ہے مگر صرف چند خلیات ہی مہیج کے اثر سے تعامل پیدا کر سکتے ہیں۔ بالفاظِ دیگر ایک مقامی سبب بھی بروئے کار ہوتا ہے۔

تحقیقات سے یہ ثابت ہو چکا ہے کہ بعض حیوانات میں دروں رحمہ میں ریزینی خلیات کی پیدائش کو بلاواسطہ تحریک پہنچانا ممکن ہے جس سے مصنوعی "ریزینی سلعات"
(deciduomata) پیدا ہو جاتے ہیں۔ لیو لوئب (Leo Loeb) نے گنی پگ میں یہ معلوم 190
کیا ہے کہ رحم میں اجسام غریبہ کے داخل کرنے سے، یا مخاطیہ میں شبقی زمانہ کے تیسرے اور نویں دن کے درمیان جبکہ جسم اصفر بیض میں موجود ہوتا ہے، شگاف دینے سے ریزینی بافت کے گربیچے پیدا کئے جا سکتے ہیں۔ یہ ریزینی سلعات قلوپی نلیوں کو باندھ دینے کے بعد بھی پیدا ہو جاتے تھے جس سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ مہیج بیضہ سے مہیا نہیں ہوتا۔ یہ اُس دروں رحمی مخاطیہ میں بھی پیدا ہو جاتے تھے جس کی تقلیم زیر جلدی بافتوں میں کی گئی ہو۔ ہیمنڈ (Hammond) نے خرگوشوں پر تجربہ کرنے سے یہ دریافت کیا ہے کہ اسی قسم کے ریزینی سلعات قنات بریدہ (vasectomised) نر کی مقاربت کے بعد کے کاذب حمل کی حالت میں مصنوعی طور پر پیدا کئے جا سکتے ہیں (شکل ۱۲۹)۔

لونگ (Long) اور ایونیس (Evans) نے چوہیوں میں اس امر کا انکشاف کیا ہے کہ نر کی عدم موجودگی میں شیشے کے ڈنڈے سے عنقِ رحم کو میکانی ہیجان پہنچانے سے ریزینہ کے تکون میں ہیجان پیدا کیا جا سکتا ہے۔ مزید براں ان میں کاذب حمل کے دوران میں دروں رحمہ کے راست ضربہ (trauma) سے یا کہفۂ رحم میں زیرہ دانے (pollen grains) یا باریک تاگے

داخل کرنے سے عین گنی پگ اور خرگوش کی طرح مصنوعی ریزینی سلعات (artificial deciduomata) پیدا کیے جا سکتے ہیں۔



شکل ۱۲۶- کاذب الحمل خرگوش کا شیمہ جو تجربۃً پیدا کیا گیا ہے۔ یہ رحم کی تراش ہے جس میں اتصالی بافت سے ریزینی خلیات بن رہے ہیں جو عروق کو گھیرے ہوئے ہیں۔
(ہیمنڈ۔مارشل کی ''سیکسوئل فزیالوجی'' سے۔)

اس سے یہ صاف ظاہر ہے کہ اِن تجرباتی تحقیقاتوں اور اُن امراضیاتی مسائل کے درمیان جو صادق عسر الطمث کی بعض حالتوں میں پائے جاتے ہیں ایک قریبی مماثلت پائی جاتی ہے،

191 دونوں میں عدم حمل کی حالت میں ریزینی بافت کا مفرط تکون پایا جاتا ہے۔

اس مفرط یا بے قاعدہ ریزینی تکون کے اسباب، جو انسانی رحم میں واقع ہوتا ہے، ابھی تک پوری طرح سے سمجھ میں نہیں آئے۔ ممکن ہے کہ اِس کا تعلق زیر بالہ (hypophysis) کے شبق انگیز اور لیوٹین ساز ہارمونوں کے عدم توازن سے ہو۔ حیوانات میں مشاہدہ کرنے سے یہ ثابت ہوا ہے کہ کارگزار جسم اصفر شبق پر امتناعی اثر رکھتا ہے۔ اس کی مثال یہ ہے کہ گابھ گائے میں جسم اصفر اپنی طبعی فعلیاتی مدت کے بعد تک بھی برقرار رہتا ہے۔ اِس زمانہ میں شبق بالکل غائب ہوجاتا ہے، اور جسم اصفر کو معائے مستقیم کے راستہ سے دبا کر مبیض میں سے باہر نکال دینے سے شبق پیدا کیا جا سکتا ہے۔

اس امر کی طرف پہلے بھی توجہ دلائی جاچکی ہے کہ عسرالطمث کی بعض حالتوں میں حائض رحم سے حاصل کردہ دروں رحمہ میں کاذب حملی اور شبقی اجزا میں اضافی عدم تناسب پایا جاتا تھا۔ اس حالت میں غدد نسبتہً صغیر الجسامت، مضغوط اور غیر فعال ہوتے ہیں۔ مقامی اَمیش و مویت خفیف سی ہوتی ہے، اور جس قسم کا نزف واقع ہوتا ہے اس کے متعلق ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ سالماتی تنخر سے واقع ہونے کی بجائے بافت کے حقیقتہً علیٰحدہ ہوجانے اور عروق شعریہ کے پھٹنے سے پیدا ہوتا ہے۔ بخلاف اس کے ہیکلی خلیات بالعموم عظیم الجسامت اور مثالی طور پر ریزینی قسم کے ہوتے ہیں۔

لہٰذا مذکورہ بیان سے یہ نتیجہ اخذ کیا جا سکتا ہے کہ "اصفری" (luteal) ہارمون بافراط موجود ہوتا ہے، اور "ایسٹرین" (œstrin) کی پیدائش پر امتناعی اثر پڑتا ہے۔ ان مشاہدات کی اہمیت کا انحصار اس امر پر ہے کہ مفرط ریزینی تکون کو منضبط رکھنے اور اس طرح درد حیض کو روکنے کے لئے شبق انگیز ہارمون کو ایک قابل قدر علاجی عامل کے طور پر استعمال کیا جا سکتا ہے۔ ویسنر (Wiesner) اور جانسٹن (Johnston) کی حالیہ تحقیقات سے جو انھوں نے ایڈنبرا میں کی ہے اس خیال کی تائید ہوتی ہے۔

چونکہ تجربہ سے یہ ثابت ہوچکا ہے کہ دروں رحمہ کے ریزینی تعامل کا انحصار مقامی خراش اور ہیجان پر ہے اس لئے دورانِ حیض میں بافتی تنخر اور خود یاشیدگی کی جو مقدار رحم میں پائی جاتی ہے وہ بھی آئندہ ایام حیض میں ریزینی خلیات کی نمش پیدائش کا ایک سبب ہوسکتی ہے۔ اگر خود یاشیدگی غیر مکمل ہو اور حیضی اسقاط کے حاصلات مکمل طور پر علیٰحدہ نہ ہوئے ہوں تو یہ ممکن ہے کہ وہ چھوٹے چھوٹے علقے (thrombi) اور بافت کے ٹکڑے جو

رحم کے اندر رہ جاتے ہیں، ان زیرہ دانوں اور ٹانگوں کی طرح عمل کرتے ہوں جو حیوانات کے ارحام میں تجربتاً داخل کیئے جاتے ہیں۔ یہ ایک معنی خیز امر ہے کہ درون رحمیہ کے وسیع تعریہ کے بعد جو خواہ رحم سے ”سبیکوں“ (casts) کے خارج ہونے کا نتیجہ ہو یا جرف (curettage) کا، آئندہ ایام حیض میں بالعموم درد نہیں پایا جاتا۔ یہ امر کہ آیا عنق رحم کی وہ غیر طبعی تشریحی حالتیں جن کو خراش متلازم ہوتی ہے مفرط ریزینی تعامل پر کوئی اثر بھی رکھتی ہیں، ابھی تک مکمل طور پر تحقیق طلب ہے۔ بہر کیف اس سلسلہ میں لونگ (Long) اور ایونس (Evans) کی تجرباتی تحقیقات کو ذہن نشین رکھنا چاہئیے۔

(۵) محرک العروق اختلالات۔ عمومی امتلائے حوض عمل حیض کا ایک جزو لاینفک ہے، اور شبقی ہارمون کی فعالیت کی ابتدا کا ایک مظہر ہے۔ طبعی حالات کے تحت یہ اتنا شدید نہیں ہوتا کہ اس سے درد پیدا ہو، لیکن وہ خفیف سے علامات جو قبل از حیض حالت میں ظاہر ہوتے ہیں اس کی وجہ سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ انتہائی درجہ کے امتلا سے لازمی طور پر سخت درد پیدا ہوتا ہے، اور یہ صنفی ہارمون کی غیر طبعی فعالیت یا مقامی امراضیاتی حالات سے نتیجتاً پیدا ہو سکتا ہے۔ موخر الذکر کی کثیر التعداد سریریاتی مثالیں موجود ہیں۔ التہابی کیفیتیں، رحم کی غیر وضعیتیں اور اس کے سلعے سب کے سب دورانی اختلالات پیدا کرتے ہیں جو مقامی یا عمومی امتلائے حوض کی شکل اختیار کر لیتے ہیں۔ جب دورانِ حوض بر امراضیاتی حالتوں میں حیضی ہارمون کا موسّع العروق فعل ہوتا ہے تو اس کا حاصل اثر امتلا کے انتہائی درجہ کی شکل میں ظاہر ہو سکتا ہے، جو شدید درد پیدا کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ اس درد میں نزفِ حیض سے پیدا شدہ مقامی افراغ (depletion) اور صنفی ہارمون کی فعالیت کے انقطاع ہی سے تسکین ہو سکتی ہے۔ یہ وہ مثالیں ہیں جو پہلے امتلائی عسر الطمث (congestive dysmenorrhœa) کے نام سے بیان کی جاتی تھیں۔ بہر حال درد ابتدائی فتور نہیں ہوتا بلکہ کسی اور مرض کی علامت ہوتا ہے۔

(۶) عصبی عضلی میکانیہ۔ حال ہی میں بلاس (Bloss)، کینیڈی (Kennedy) اور دوسرے محققین نے یہ رائے پیش کی ہے کہ شدید دردِ حیض رحم کے عصبی عضلی میکانیہ میں کسی ایسے نقص کے موجود ہونے کا نتیجہ ہو سکتا ہے جو یا تو مرکزی ہوتا ہے اور یا عقدی یا رحمی عضلی۔ اعصابِ رحم کلاں عنقی عقدوں میں سے ہو کر گزرتے ہیں جن میں سے

ہر ایک عنقِ رحم کی ہر یک جانب پر واقع ہوتا ہے، اور ایک دلچسپ مشاہدہ یہ کیا گیا ہے کہ مبیضی ہارمون کو اس عقدی بافت پر بلاواسطہ ضبط حاصل ہے (بلوٹ ووگل :Blotevogel؛ پال :Poll؛ کینیڈی :Kennedy)۔ مبیض برآری (oöphorectomy) کے بعد ان عقدوں میں بہت سے تغیرات واقع ہو جاتے ہیں، قبل اس کے کہ رحمی عضلہ میں کوئی متناظر تغیرات ثابت کئے جاسکیں۔ نسل کے ذرات (Nissl granules) میں پاشیدگی واقع ہو جاتی ہے، خلیات سکڑ جاتے ہیں اور کروم الفی خلیات (chromaffin cells) کی تعداد کم ہو جاتی ہے۔ ایسٹرین (œstrin) دینے پر اصلی خاکہ از سر نو قائم ہو جاتا ہے۔ کینیڈی نے یہ مشاہدہ کیا ہے کہ یہ فرض کر لینا غیر مناسب نہیں ہوگا کہ مبیضی ہارمون کا تضلال (perversion) عنقی عقدوں پر مخالف اثر کرتا ہے، اور اس کی وجہ سے رحمی انقباضات بھی متاثر ہو سکتے ہیں۔ اگر رحم ناقص التکوین (hypoplasic) یا حلزونہ نما (cochleate) قسم کا ہو تو یہ اثرات زیادہ واضح ہونگے۔

عسر الطمث کا علاج ۔ صنفی فعلیات کے متعلق ہماری معلومات میں ترقی ہونے کے باوجود یہ تسلیم کرنا پڑے گا کہ دردِ حیض کا علاج بحیثیت مجموعی ناقابلِ اطمینان ہے۔ اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ اسکی ایک وجہ یہ ہے کہ درد افراد کی ذاتی حساسیت سے بہت قریبی تعلق رکھتا ہے۔ اس کی حقیقی اہمیت کا اندازہ نہیں کیا جاسکتا، اور اس لحاظ سے یہ تمام علامات میں سے سب سے زیادہ ناقابلِ اعتماد ہے۔ مزید برآں باقاعدہ وقفوں کے بعد درد خیز احساسات کے پیدا ہونے سے عورتوں کو قدرتاً کچھ خوف سا لگا رہتا ہے، اور ایک دائرہ فاسدہ کے قائم ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ لہٰذا جہاں تک حیض کا تعلق ہے زمانہ ریعان میں لڑکیوں کی صحیح ذہنی حالت کے نشو و نما پر جس قدر زور دیا جائے کم ہے۔ اور یہ ضروری ہے کہ اس امر کا اہتمام جلد اور درد کی "عادت" پڑنے سے پہلے شروع کر دینا چاہئیے۔ شفاخانوں کی نرسوں میں اس امر کی بہت اچھی مثال دیکھنے میں آتی ہے کہ "عقلِ سلیم" کی بدولت زمانۂ حیض کی معمولی ازکار رفتگی بہت بڑی حد تک رفع ہو سکتی ہے۔ بہت سی میٹرنون (matrons) اور "ہوم" "سسٹرون" ("home" sisters) کا یہ تجربہ ہے کہ جب شفاخانہ میں لڑکیوں کی تربیت کی ابتدا ہوتی ہے تو وہ اُن عادتوں کو پورا کرنے کے لئے جوان کو گھر میں پڑی ہیں بہید مضطرب ہوتی ہیں، یعنی ایامِ حیض میں وہ رخصت چاہتی ہیں، اور کام نہیں کرنا چاہتیں۔ اور جب اُن سے یہ کہا جاتا ہے کہ یا تو وہ اسی طرح کام جاری رکھنے کی عادت ڈالیں، اور یا خدمت سے سبکدوش ہو جائیں تو

ایسا صرف کسی استثنائی حالت ہی میں ہوتا ہے کہ اِس بنا پر کوئی لڑکی اپنے فرائض کی سرانجام دہی سے قاصر رہی ہو۔

سادہ وجع الحیض (menorrhalgia) کی شدت رفع کرنے کے لئے تحضیری تدابیر (preparatory measures) اکثر کارگر ثابت ہوتی ہیں، اور ایسی عورتوں کو اِن سے خاص طور پر فائدہ ہوتا ہے جن کی عمومی صحت اچھی نہ ہو، یا جن کو قبض کی شکایت رہتی ہو، یا جو حد سے زیادہ مشقت کرتی ہوں یا جن کا مزاج اشتعال پذیر ہو۔ صحیاتِ حیض کے متعلق عوام الناس میں بہت سے مغالطہ انگیز خیالات پائے جاتے ہیں، اور یہ ایک ضروری امر ہے کہ ایسے خیالات کا ازالہ کیا جائے۔ مثال کے طور پر روزانہ غسل کا ذکر کیا جا سکتا ہے۔ باوجود اس کے کہ زمانہ قدیم سے اسے مضر تصور کیا جاتا ہے یہ امر تسلیم کیا جا سکتا ہے کہ رات کے وقت گرم پانی سے غسل کرنا، نہ صرف ایامِ حیض سے پہلے ہفتہ میں بلکہ دورانِ حیض میں بھی، تکلیفِ حیض کے انسداد میں مدد کرتا ہے، اور اِس کو روکتا ہے۔ حیض کے شروع ہونے سے پہلے ہفتہ کے دوران میں خفیف سے ملین کا روزانہ استعمال تمام حالتوں میں مفید ثابت ہوتا ہے اور قبض کی شدید حالتوں میں حقنوں کی ضرورت ہوتی ہے۔ جسمانی ورزشوں کی جو اہمیت تمام لڑکیوں کیلئے اور بالخصوص نوجوان لڑکیوں کیلئے ہے اسے اب بالعموم تسلیم کیا جاتا ہے، اور اِن سے دردِ حیض کے علاج میں جو فائدہ حاصل ہوتا ہے اس پر حال ہی میں سینڈرسن کلا (Sanderson Clow) نے بہت زور دیا ہے۔ ڈاکٹر کلا نے ۳۰۰۰ مشاہدات مدرسہ کی لڑکیوں پر کئے ہیں اور اُن سے یہ نتیجہ نکالا ہے کہ ایامِ حیض میں کھیلوں میں حصہ لینا اور دوسرے مشاغل کو جاری رکھنا ہرگز مضرِ صحت نہیں، بلکہ فائدہ مند ہے۔ کلا نے یہ بیان کیا ہے کہ اُس نے دردِ حیض کے ۴۰۰ مریضوں کا علاج غسل اور ورزش سے کیا ہے جن میں درد کی شدت کے مختلف مدارج پائے جاتے تھے۔ یہ مریض یا تو شفایاب ہو گئے، اور یا درد رفع ہو گیا۔ این۔ ایف۔ ملر (N. F. Miller) نے بھی ۸۵، جامعاتی زیرِ طیلسانین (یونیورسٹی انڈر گریجوئیٹس) پر مشاہدات کرنے کی بنا پر یہ بیان کیا ہے کہ اگرچہ یہ نہیں کہا جا سکتا کہ ناقص جسمانی ہیئت یا کمزور عضلی تنش سے عسر الطمث پیدا ہوتا ہے، مگر اتنا ضرور ہے کہ جسمانی ہیئت اور عضلی تنش کی اصلاح ہونے سے دردِ حیض میں تخفیف ہو جاتی ہے۔ جن مریضوں کو کھلی ہوا میں ورزش کرنے کا وقت یا موقع نہیں ملتا اُن کو باقاعدہ طور پر علاجی ورزشیں کرنا چاہیئے۔ یہ مناسب ہے کہ مریضہ کو ورزشوں کا ایک مطبوعہ نقشہ مہیا کر دیا جائے جو بہت مفید ثابت ہوتا ہے۔ اس قسم کا ایک نقشہ

ایس کلا (S. Clow) نے طیار کیا ہے، اور یہ ایچ۔ کے۔ لوئس اینڈ کو لمیٹیڈ، ۱۳۶ گاور سٹریٹ ڈبلیو سی۔ ون (H. K. Lewis & Co. Ltd., 136 Gower Street, W. C.l) سے مل سکتا ہے۔

اگرچہ یہ سادہ ترکیبیں بہت سی ایسی حالتوں کے علاج کے لئے قابلِ اطمینان ثابت ہوتی ہیں جن پر "وجع الحیض" (menorrhalgia) کا اطلاق ہوتا ہے لیکن متعدد حالتیں ایسی بھی پائی جاتی ہیں جن میں قوی علاج کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ حالتیں "درونی" (intrinsic) "ذاتی" (idiopathic) یا "تشنجی" (spasmodic) کی مختلف اصطلاحوں سے موسوم کی جاتی ہیں۔ ہماری رائے میں یہ حالتیں رحمی قولنج سے تعلق رکھتی ہیں، اور ہم نے ان کا ذکر صادق عسر الطمث کے نام سے پہلے کیا ہے۔ ان حالتوں میں درد اتنا شدید ہوتا ہے کہ مریضہ ایک دن سے تین دن تک بستر پر لیٹی رہتی ہے، یا سونے کے کمرے سے باہر نہیں آسکتی۔ ہر ایک مریضہ کو ذاتی تجربہ سے یہ معلوم ہو جاتا ہے کہ گرم پانی کی بوتل سے دردِ شکم کو آرام ہوتا ہے، لیکن گرم تکمیدات یا رائی کا گرم غسل خشک حرارت سے بلاشبہ زیادہ موثر ثابت ہوتا ہے۔

جب صورتِ حالات موافق ہو تو مسکنِ درد دوائیں دی جا سکتی ہیں جن سے کسی قدر کامیابی کی امید کی جا سکتی ہے۔ لیکن جب تک مریضہ سکون سے آرام نہ کر سکتی ہو جبکہ ان کا اثر ہو رہا ہو ان کا استعمال بے سود ہوتا ہے۔ کبھی کبھی ایسا ہوتا ہے کہ تالیفی مسکنِ درد دواؤں میں سے کوئی نہ کوئی مفید ثابت ہوتی ہے جبکہ دوسری دواؤں سے فائدہ نہ ہوا ہو۔ اور ممکن ہے کہ یہ معلوم کرنے سے پیشتر کہ کونسی دوا کا استعمال کسی ایک مریضہ کے لئے موزوں ترین ہے ایک سے زائد ادویہ کی آزمائش کرنا پڑے۔ اینٹی پائیرین (Antipyrin)، فیناسٹین (phenacetin)، پرامیڈان (pyramidon)، ایمونال (Ammonol)، ڈسمینال (Dysmenol) اور سومنوسال (Somnosal) سب سے زیادہ مفید ہیں۔ گرم پانی کے ایک گھونٹ یا کسی قدر سال والے ٹائیل (sal volatile) کے ساتھ دینے سے ان کی تاثیر بہتر ہوتی ہے جب عام اصولوں پر علاج شروع کیا جا رہا ہو تو ایٹروپین (atropine) کی $\frac{1}{200}$ تا $\frac{1}{100}$ گرین مقداریں متوقع "ماہواری ایام" سے دو روز قبل دن میں تین مرتبہ عارضی طور پر دی جا سکتی ہیں جن سے رحمی قولنج کے درد میں بعض اوقات افاقہ ہو جاتا ہے۔ وین ڈن (Venn Dunn) نے بیان کیا ہے کہ شدید حالتوں میں ایٹروپین کو لومینال (Luminol) $\frac{1}{2}$ گرین، پرامیڈان

(Pyramidon) ۵ گرین، اور ایکسٹریکٹم ہایوسایمائی (Extractum Hyocyami) اگربن کے ساتھ ملانا مفید ہوتا ہے، اور ان کو کیشے (cachet) میں دینا چاہیئے۔ امریکہ کے بعض مؤلفین نے ایک اور تجویز یعنی بنزوئیٹ آف سوڈا (benzoate of soda) کی تعریف کی ہے۔ یہ دوائی ۲۰ فیصدی الکحلی محلول کے ۲۰ قطروں کی مقدار میں تجویز کی جاتی ہے جس کا تکرار حسب ضرورت کیا جا سکتا ہے۔

اس امر پر جتنا زور بھی دیا جا سکے کم ہے کہ الکحل اور مارفین دونوں سے، جو اب بھی شدید عسر الطمث کے لئے تجویز کئے جاتے ہیں، قطعی طور پر احتراز کرنا چاہیئے عصبی المزاج قسم کی عورتوں میں بالعموم درد حیض کی شکایت پائی جاتی ہے، اور یہی عورتیں وہ مریض ہیں جن کو ادویہ کے استعمال کا عادی ہو جانے کے امکانات سے نہایت احتیاط سے بچانے کی ضرورت ہوتی ہے۔ اگر کبھی افیون تجویز بھی کی جائے تو اس کے دینے کا صرف ایک ہی طریقہ ہے جس کی اجازت دی جا سکتی ہے، اور وہ یہ ہے کہ اس کا استعمال بذریعہ شافہ کرایا جائے۔ اس طریقہ سے اس کا اثر زیر جلدی طریقہ کے مقابلہ میں زیادہ آہستہ ہوتا ہے، اور یہ طریقہ استعمال ایسا نہیں جو کبھی "عادت" کی شکل اختیار کر سکے۔

دروں افرازی علاج (Endocrine Therapy) اس امر کو تسلیم کرنے سے کہ شدید درد حیض کی بہت سی حالتیں رحم کی ناقص التکون حالت، اور مولدات (gonads) کی عدم کفائت کی دیگر شہادتوں اور نیز دروں رحمہ کے غیر طبعی "ریزینی" مناظر کو متلازم ہوتی ہیں، یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ صادق عسر الطمث کا معقول علاج مہیج مولدات ہارمونوں (gonadotropic hormones) کے استعمال میں مضمر ہے۔ ڈبلیو۔ پی۔ کینیڈی (W. P. Kennedy) نے حال ہی میں اس اصول پر صادق عسر الطمث کے ۵۰ مریضوں کا ایسٹرین (œstrin) ("پروگائی نان" :Progynon "تھیلین" :Theelin "سسٹومنیزم" :Sistomenism) سے علاج کرنے کے بعد مندرجہ ذیل نتائج شائع کئے ہیں۔ کامل شفا ۱۰ میں، اصلاح ۳۰ میں (معتد بہ اصلاح ۱۱ میں، تخفیف مرض ۵ میں، خفیف اصلاح ۱۴ میں) عدم اصلاح ۱۰ میں۔ "ایسٹرین" سے عسر الطمث کا علاج کرنے کی لم کا انحصار کینیڈی کے مطابق دو امور پر ہے، یعنی بیضی ہارمون کے اس اثر پر جو عنقی عضلات پر ہوتا ہے اور جس کا مظاہرہ کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 192) اور اس کی اس طاقت پر جو تناسلی خط کی

بالیدگی میں ترقی پیدا کرتی ہے۔ ہمارا یہ خیال ہے کہ جن امور سے یہ مفید اثر مرتب ہوتا ہے وہ یہ ہیں کہ جسم رحم کے غدد کے افراز میں ہیجان پیدا ہوتا ہے، اور دروں رحمی ہیکل پر منزل لیوٹین اثر ہوتا ہے۔ یہ تسلیم کرتے ہوئے کہ ہارمون سے شدید عسر الطمث کا علاج کرنے کی تائید میں بہت کچھ کہا جا سکتا ہے، ہم یہ ضرور کہیں گے کہ اس طریقۂ علاج کی یہ بھی ابتدا ہی ہے، اور قبل اس کے کہ کوئی پختہ رائے قائم کی جائے بہت سی مزید سریری شہادتوں کی ضرورت ہوگی۔

جراحی علاج۔ جن حالتوں میں طبعی اور ہیجانی علاج کا کوئی اثر نہیں ہوتا ان میں جراحی ذرائع کا اختیار کرنا ضروری ہوتا ہے۔ عسر الطمث کے جراحی علاج کے متعلق مجمل طور پر ذکر کیا جا سکتا ہے کیونکہ نمو کے نقائص مثلاً صغیر الجسامت بیش خمیدہ رحم، ریعانی عنق (adolescent cervix) اور چھوٹے فم خارجی کا صحیح صحیح معنوں میں جراحی تدابیر سے قابل اطمینان علاج نہیں ہو سکتا۔ مزید برآں درد حیض کی پیدائش میں جو حصہ ضررات لیتے ہیں ان کو عام طور پر کسی طرح سے تسلیم نہیں کیا جاتا۔ رحم کے محور کو سیدھا، اور داخلی اور خارجی دونوں فموں کو بڑا کیا جا سکتا ہے، لیکن اس عضو میں اپنے فعلیاتی وظیفہ کی انجام دہی کے لئے جو نا قابلیت پائی جاتی ہے اُسے اس طرح رفع نہیں کیا جا سکتا اور یہ امر تعجب خیز نہیں ہے کہ ان عملیوں کے نہایت کامیاب مدعی بھی ۴۰ سے ۵۰ فی صدی مریضوں سے زیادہ کی شفایابی کا دعویٰ نہیں کرتے۔ اگر ان حالتوں میں مہیج مولدات ہارمون (gonadotropic hormone) سے فعل نمو کو ہیجان پہنچانا، اور جس مقام پر نمو رک گیا ہے اُس سے آگے اسے ترقی دینا ممکن ہوتا تو شاید بہتر نتائج حاصل ہو سکتے۔ مشکل یہ ہے کہ مرض کی تشخیص شاذ و نادر ہی عمر کے کافی ابتدائی حصہ میں کی جاتی ہے۔ ثانوی نمو اگرچہ سن بلوغ پر مکمل ہو جاتا ہے، مگر اس میں تاخیر واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے، اور یہ اکثر اوقات واقع ہو بھی جاتی ہے۔ تکمیل یافتہ حمل کے فعلیاتی تہیج سے جو رحم کی نمایاں بیش پرورش پر منتج ہوتا ہے۔ عسر الطمث سے تقریباً ہمیشہ کے لئے شفا ہو جاتی ہے۔ بدقسمتی سے صادق عسر الطمث کے خراب ترین مریض جن میں یہ مرض ناقص التکون رحم کو متلازم ہوتا ہے عقیم ثابت ہوتے ہیں۔

جہاں ممکن ہو نقائص کا جراحی ازالہ بلاشبہ مفید ہوتا ہے، کیونکہ اس سے وہ میکانی عنصر جو اسباب درد میں سے ہوتا ہے، رفع ہو جاتا ہے۔ یہ طریقہ مریضوں کی ایک معتد بہ تعداد میں عارضی طور پر فائدہ پہنچانے کے لئے کافی ہوتا ہے، اور بعض اوقات اس سے مستقل طور پر فائدہ بھی ہو جاتا ہے۔ لہٰذا اگر اس کا استعمال دانائی سے کیا جائے تو

یہ ایک قابل قدر طریقہ ہے، مگر یہ وعدہ کرنا کہ اس سے شفا ہو جائے گی دانشمندی نہیں۔ بہت سے لوگوں کا یہ تجربہ ہے کہ چند ماہ کے بعد درد اکثر پھر شروع ہو جاتا ہے، اور پہلے سے بھی زیادہ شدید ہوتا ہے۔

جہانتک اُن حالتوں کا تعلق ہے جن میں ایسے نقائص موجود نہیں ہوتے جراحی علاج عملاً عنق کا اتساع کرنے یا اس میں شگاف دینے تک ہی محدود ہوتا ہے، اور جرف (curettage) بھی بالعموم ساتھ ہی اچھی طرح سے کر دیا جاتا ہے۔

اتساع کی لِم قطبیتِ رحم (uterine polarity) کے فعل اور اِس عملیہ کے عنقِ رحم کو مشلول کر دینے کی حیثیت پر غور کرنے سے معلوم ہو سکتی ہے۔ رحم کے باقاعدہ متوقف انقباضات کا اثر عنق پر یہ ہوتا ہے کہ اس کی بافتیں نرم اور اس کی قنال متسع ہو جاتی ہے، مگر کزازی انقباضات کا اس قسم کا کوئی اثر نہیں ہوتا۔ اس کے برعکس عنق کا مصنوعی اتساع کرنے سے جسمِ رحم پر یہ اثر ہوتا ہے کہ اس میں انقباضات پیدا ہو جاتے ہیں۔ ان مظاہر کا حامل اور غیر حامل دونوں قسم کے رحموں میں مشاہدہ کیا جا سکتا ہے۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ عسر الطمث کے مریضوں میں زور سے اتساع کرنے کا کم و بیش گہرا اثر میکانیتِ قطبیت پر ہوتا ہے جس سے انقباضاتِ حیض اس طرح منظم ہو جاتے ہیں کہ ان میں کزازی اور تشنجی خواص باقی نہیں رہتے۔

اِس چھوٹے سے عملیہ کو سر انجام دینے کے کئی ایک طریقے ہیں جن میں تھوڑے تھوڑے اختلافات پائے جاتے ہیں۔ پہلی بات یہ ہے کہ جس درجہ تک اتساع کیا جاتا ہے وہ مختلف حالتوں میں بہت مختلف ہوتا ہے۔ ایک طریقہ یہ ہے کہ اتساع کے اُس درجہ سے ذرا پیشتر رُک جائیں جس پر عنقی بافت کی دریدگی کا احتمال ہو۔ یہ درجہ تمام مریضوں میں ایک ہی نہیں ہوتا لیکن اوسطاً یہ نمبر ۱۰ ہیگر (No. 10 Hegar) ہے۔ کم عمر کے مریضوں میں زیادہ عمر کے مریضوں کی نسبت دریدگی جلد پیدا ہو جاتی ہے۔ دیگر ماہرین امراض النساء کی رائے اسکے بالکل خلاف ہے۔ وہ اس خیال سے کہ قنال عنق نتیجۃً مستقل طور پر عریض رہیگی اتساع کو عمداً اس حد تک لیجاتے ہیں جس پر دریدگی لازمی ہو۔ متوفی لیتھ مرے (Leith Murray) نے عنق کے مکمل اتساع کی پرزور حمایت کی تھی تاکہ عنق میں شلل یقینی طور پر واقع ہو جائے، اور اس نتیجہ پر پہنچنے کے لئے وہ ہوکنس ایمبلر قسم (Howkins-Ambler type) کے دھات کے باریک باریک درجوں والے تیس تا اٹھتیس موسع (dilators) استعمال کرتا تھا۔

اس کا یہ دعویٰ تھا کہ اس اصول کے مطابق عنق کا بہت نرمی سے اتساع کرنے کا فائدہ یہ ہے کہ یہ بغیر کسی خطرہ کے مکمل طور پر متسع ہو جاتی ہے۔ مزید برآں بہت سے ماہرینِ امراض النسا کی یہ مشق ہے کہ وہ متسع عنق میں شیشہ کا ایک تنا (glass stem) داخل کرنے سے قنال کو ایک سے تین دن تک متسع رکھتے ہیں، اور بعض اتساع کے بعد قنال کو فوراً بند ہو جانے دیتے ہیں اور بعض ایسا کرتے ہیں کہ دھات کے ایک قنال دار تنے کو رحم میں داخل کر دیتے ہیں، اور فم خارجی کے لب سے اسے ایک ٹانکے کے ساتھ مثبت کر دیتے ہیں، اور کئی ایک مہینوں تک اسے وہاں رہنے دیتے ہیں۔ ریاستہائے متحدہ امریکہ میں یہ طریقہ عام طور پر مستعمل ہے، لیکن اس ملک (انگلستان) میں یہ شاذو نادر ہی عمل میں لایا جاتا ہے۔ بعض سرجن اس طرح کرتے ہیں کہ عنق کو معدمِ حس کے زیر اثر متسع کرنے سے ایک دن پیشتر اس میں لیمینیریا کا فتیلہ (laminaria tent) داخل کر دیتے ہیں۔ اس سے اتساع میں بلاشبہ آسانی ہو جاتی ہے، لیکن جن عورتوں کو کوئی بچہ پیدا نہ ہوا ہو ان کے لئے عموماً مُعدمِ حس کی ضرورت ہوتی ہے۔

اُن مریضوں میں کامیابی کی امید سب سے زیادہ ہوتی ہے جن میں ناقص تکون کے ضررات موجود نہیں ہوتے۔ ان میں سے ۵۰ فیصدی یا تو بذریعہ اتساع وحرف بلاواسطہ شفایاب ہو جاتے ہیں، اور یا حمل کے آئندہ استقرار سے، جس کی تائید شائد اتساع سے بھی ہوتی ہو، ان کو شفا ہو جاتی ہے۔ اِس عملیہ کو نہایت محتاط عدیم العفونت طریقۂ عمل کے ساتھ سرانجام دینا چاہئے۔ اگر عملیہ کی ترکیب میں کوئی نقص رہ جائے تو عفونت سے نہایت خطرناک نتائج کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔

شاذ مواقع پر مرض کی ایسی حالت سے بھی سابقہ پڑتا ہے جس پر مذکورہ بالاجملہ تدابیر کا کوئی اثر نہیں ہوتا۔ اس کے لئے صرف ایک ہی تدبیر باقی رہ گئی ہے اور وہ یہ ہے کہ حیض کو مکمل طور پر منقطع کر دیا جائے۔ ایسا فیصلہ کر دینے کے بعد رحم کے استیصال اور بیض کو باقی رکھنے سے، بعید مضر اثرات کے خفیف ترین خطرہ کے بغیر یہ تدبیر عمل میں لائی جا سکتی ہے۔ ایک اور طریقۂ عمل ہے جو اس کا بدل ہے، اور وہ یہ ہے کہ ریڈیئم کو کہفۂ رحم میں داخل کر کے اس کا دررحمی استعمال کیا جائے، اور اگر پہلے معتاد سے حیض مکمل طور پر بند نہ ہو جائے تو اسکا مکرر استعمال کیا جائے۔ یہ طریقہ نہایت لاچار ہو کر اختیار کیا جاتا ہے اور اس کی غائت صرف

یہی ہوتی ہے کہ مریضہ کو ناقابل برداشت تکلیف سے ضرور نجات دلائی جائے۔ یہ ظاہر ہے کہ اِس طریقہ کا اختیار کرنا اُس امر کا اعتراف ہے کہ کوئی اور زیادہ معقول علاج موجود نہیں۔ اس سلسلہ میں یہ بھی بیان کیا جاسکتا ہے کہ حال ہی میں ریڈیئم کا استعمال اِس خیال سے بھی کیا جاچکا ہے کہ حیض کو کچھ عرصہ کے لئے بند کردیا جائے، اور بالکل منقطع نہ کیا جائے۔ اسکے نتائج تمام مریضوں میں تو نہیں بلکہ بعض مریضوں میں اطمینان بخش ثابت ہوئے ہیں۔ اس حالت میں حیض ریڈیئم کے استعمال کے بارہ ماہ سے لیکر اٹھارہ ماہ تک پھر جاری ہوجاتا ہے۔

استیصالی تدابیر سے احتراز کرنے کی کوشش میں بنٹ (Binet) نے حال ہی میں مشترک حرقفی شریانوں کے درمیان پیش عجزی عصب (pre-sacral nerve) کا جزوی قطع اور مشارکی ضفیرہ (sympathetic plexus) کا اخراج کیا ہے۔ شدید عسر الطمث کے بتیس مریضوں کے علاج کے متعلق جو اطلاع اُس نے دی ہے اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ درد سے بالعموم تسکین ہوجاتی ہے، اور اُس نے اِس عملیہ کو "آسان اور نہایت موثر" قرار دیا ہے! اسی امر کا لحاظ رکھتے ہوئے کہ درد حیض رحمی مشارکی ضفیروں کی بیش حساسیت کا نتیجہ ہے ڈی۔ بلاس (D. Bloss) عنق کی ہر ایک جانب پیرالحل (۵ مکعب سم، ۷۰ فیصدی الکحل ۵ فیصدی نووو کین کے ساتھ) کا اشراب کرنے کی تعریف کرتا ہے۔

درد حیض کے علاج کے لئے جو طریقے رائج الوقت ہیں ان کی تعداد اور ان کے تنوع سے اِس امر کا بین اور واضح ثبوت بہم پہنچتا ہے کہ ابھی تک کوئی ایسی دوا ممکن الحصول نہیں ہے جو ہمیشہ کارگر ثابت ہو۔ جو بیان اوپر دیا گیا ہے اس میں جہاں تک شدید حوضی ضررات کا تعلق ہے وجع الحیض (menorrhalgia) کا ذکر نہیں کیا گیا۔ جو شدید درد ماہواری ایام حیض میں عضوی ضررات مثلاً مزمن انبوبی مبیضی التہاب (chronic salpingo-oöphoritis) دروں رحمی سلعہ (endometrioma)، حوضی التہاب زائدہ (pelvic appendicitis) اور بعض رحمی لیفیات (uterine fibroids) کو اس کثرت سے متلازم ہوتا ہے وہ اِس قسم کا عسر الطمث نہیں ہوتا جس کا ذکر ہم کرچکے ہیں۔ یہ مرض کی ایک علامت ہوتا ہے، اور اس کا علاج بھی اسی لحاظ سے کرنا چاہئے۔ بہرکیف اِس امکان کو کافی توجہ کئے بغیر خارج از بحث نہ سمجھنا چاہئے کہ وجع الحیض کا باعث کسی عضوی ضرر کی موجودگی بھی ہوسکتی ہے۔ غلطی سے بچنے کا صرف یہی ایک طریقہ ہے کہ صرف خفیف ترین اصابات ہی میں طلاماتی علاج کیا جائے، اور

بقیہ میں محتاط مستقیمی اور مہبلی و دودستی امتحان کی ضرورت پر زور دیا جائے جو حسب ضرورت معدوم حس کے زیر اثر کیا جاتا ہے۔ نوجوان اور ناکتخدا عورتوں میں جب صورتِ حالات اعضائے حوض کے مکمل امتحان کی متقتضی ہو تو معمولی درجہ کا خدر (narcosis) ہمیشہ موزوں ثابت ہوتا ہے۔

بین حیضی درد

(INTERMENSTRUAL PAIN)

بعض اوقات دو" ماہواری ایام" کے درمیانی زمانہ میں یا اس زمانہ کے عین وسط میں دردِ شکم شروع ہو جاتا ہے جو ان احساساتِ درد سے بالکل مختلف ہوتا ہے جو ایامِ حیض سے عین پہلے یا ان کے دوران میں محسوس ہوتا ہے۔ ایسا درد جسے جرمن مصنفین "مٹل شمارٹز" (Mittelschmerz) کہتے ہیں باقاعدہ وقفوں پر عود کرتا ہے، اور عموماً ماہواری ایام کے درمیانی زمانہ کے وسط میں ہوتا ہے، مگر بعض حالتوں میں اس سے قبل یا اسکے بعد بھی شروع ہوتا ہے۔ اس کا ممیز خاصہ اس کا توازن ہے جو تقریباً اتنا ہی باقاعدہ ہوتا ہے جتنا کہ حیض کا۔ یہ مرض عورتوں کو ان کے مکمل صنفی نمو کے دوران میں عارض ہوتا ہے، اور بلوغ پر دیکھنے میں نہیں آیا۔ اس عارضہ کے دوران میں اس کے مریض تقریباً ہمیشہ عقیم ہوتے ہیں، مگر انکی ایک معتدبہ تعداد میں سابقہ روئدادِ حمل موجود ہوتی ہے۔ بعض مثالوں میں اس علامت کی ابتدا زچگی یا املاص (miscarriage) سے بھی ہوئی ہے۔ فعلِ حیض بذاتہ تمام حالتوں میں غیر طبعی نہیں ہوتا، لیکن مریضوں کی ایک معتدبہ تعداد میں عسر الطمث کی اور بعض میں کثرتِ حیض کی شکائت موجود ہوتی ہے۔ چند مثالوں میں بین حیضی درد کے حملہ کے دوران میں آبی یا خون آلود مواد باقاعدہ طور پر خارج ہوتا ہے۔ درد حاد نہیں ہوتا، اور حقیقت میں شاذونادر ہی شدید ہوتا ہے، لیکن یہ بالعموم مستمر یا حرقی بیان کیا جاتا ہے۔ عسر الطمث کی شدید حالت میں جو درد پایا جاتا ہے اس سے اسکو کوئی مشابہت نہیں ہوتی۔

اکثر مریضوں میں کوئی نہ کوئی مقامی ضرر موجود ہوتا ہے جو معمولی سرسری امتحان سے 197
شناخت کیا جا سکتا ہے۔ جو ضرر نہایت کثرت سے پایا جاتا ہے وہ التہاب ہے۔ اور یہ ایک یا دونوں طرف کی نلیوں اور بیضوں کے باہمی انضمام اور کلانی سے ظاہر ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں

چھوٹا سالیفیہ یا خلقی غیر وضعیت یا حوضی درون رحمیت (pelvic endometriosis) بھی پائی جاتی ہے۔ بہر حال تمام حالتوں میں یہ فرض نہیں کیا جاسکتا کہ جو مرضی کیفیت حوض میں منکشف ہوئی ہے وہی درد کا باعث ہوگی۔

بین حیضی درد کا ماخذ اگر تمام اصابات میں نہیں تو بیشتر میں مبیضین ہوتے ہیں۔ اور فعل تبویض کی کسی نہ کسی غیر طبعی حالت سے سربری امور کی توجیہ ہوسکتی ہے۔ چنانچہ اس سے ان امور کی وجہ سمجھ میں آجائے گی کہ اس میں نوبتی توازن کیوں پایا جاتا ہے، اور ایام حیض کے ساتھ اس کو کیوں ایک اختلاف پذیر تعلق ہے، اور نلیوں اور مبیضوں کے التہابی ضررات کے ساتھ کیوں یہ اکثر و بیشتر پایا جاتا ہے۔ یہ ممکن ہے کہ ملتہب یا منضم مبیضین میں گرافی جراب کی پختگی کا عمل ناقص ہوتا ہو، اور یہ زیادہ مشکل ہوجاتا ہو، اور اس لئے درد خیز بھی ہوجاتا ہو۔ یہ صاف ظاہر ہے کہ درد پردۂ ابیض میں عمومی دبازت کے پیدا ہونے سے یا اس کے سطح مبیض کے اس حصہ سے منضم ہوجانے سے پیدا ہوسکتا ہے جس پر پختہ جراب ظاہر ہوتا ہے۔ بعض مؤلفین نے یہ نظریہ پیش کیا ہے کہ اس درد کا سبب متوقف استسقائے انبوبہ (hydrosalpinx) ہے (دیکھو صفحہ 632)۔ اگرچہ اس نظریہ سے اُس آبی مواد کے خارج ہونے کی توجیہہ ہوجاتی ہے جو درد کے ساتھ گاہے گاہے موجود ہوتا ہے، لیکن اس سے اس عارضہ کے اُس عظیم خاصہ یعنی اس کی منظم دوریت کی توضیح نہیں ہوتی، اور اس لئے اس کو تسلیم نہیں کیا جاسکتا۔

درد خیز تبویض کا علاج یہ ہے کہ اگر کوئی مقامی ضرر موجود ہو تو اس کا تدارک کیا جائے۔ درد کے حملوں سے اُن تدابیر سے تسکین حاصل کی جاسکتی ہے جو عسر الطمث کی حالتوں میں اختیار کی جاتی ہیں۔ مریضوں کے مستقل طور پر شفایاب ہونے کی امید نہیں ہوتی، لیکن یہ بیان کیا جاچکا ہے کہ جزوی مبیض برآری (partial oöphorectomy) اور غلافی لیوٹینی دویرو (theca-lutein cysts) اور دویری گرافی جرابوں (cystic Gräafian follicles) کے استیصال سے کسی قدر کامیابی ہوئی ہے۔ حال ہی میں بیش عجزی (pre-sacral) اور مبیضی بافتوں کی مشارکی برآری (sympathectomy) اور ماساریقائے مبیض (mesovarium) میں الکحل کا اشراب کرنے کا مشورہ دیا جاچکا ہے۔

بابِ دوم۔ فتوراتِ فعل

استقرارِ حمل

(CONCEPTION)

جماع مولم (دورانِ مجامعت میں درد یا دقّت کا احساس)

(DYSPAREUNIA)

دورانِ مجامعت میں یا تو درد محسوس ہو سکتا ہے، اور یا دقّت پیش آسکتی ہے۔ اِس صورتِ حالات کو جماع مولم (dyspareunia) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے۔ جیسا کہ اِس اصطلاح کا عام طور پر استعمال کیا جاتا ہے اِس سے صرف وہی مجامعت مراد لی جاتی ہے جس کے دوران میں درد ہو، مگر زیادہ صحیح معنوں میں اسمیں صنفی عدم حسیت (sexual anæsthesia) اور برودت (frigidity) کی سی حالتوں، اور نیز ایسے ضررات کو بھی شامل سمجھنا چاہیئے جو خالصتہً میکانی ہوں، اور جن سے مقاربت مشکل یا غیر ممکن ہو جاتی ہو۔ بعض عورتیں اِس امر کے متعلق مشورہ طلب کرتی ہیں کہ اِن میں صنفی احساس بالکل موجود ہی نہیں۔ ایسے مریضوں میں ازدواجی تعلقات زیادہ درد اور کراہت کا باعث نہیں ہوتے۔ یہ معلوم ہو جانا چاہیئے کہ صنفی برودت کو عقم ہمیشہ متلازم نہیں ہوتا، لیکن اِس سے ازدواجی تعلقات میں کشیدگی بالعموم پیدا ہو جاتی ہے۔ صنفی عدم حسیت کے اسباب کے متعلق مختلف خیالات پیش کئے ہیں، لیکن چونکہ ابھی کوئی زیادہ صحیح معلومات بہم نہیں پہنچیں اس لئے یہ توجیہات زیادہ تر نظری ہی ہیں۔ ایک نظریہ عصبی نظام کو اِس کا ذمہ دار قرار دیتا ہے۔ یا تو بظر اور دہبل کے اندر کی عصبی انتہاؤں کا محیطی ہیجان ناکافی ہوتا ہے اور یا ہوتا ہی نہیں، اور یا قشرۂ دماغ سے ایسے نفسی الاصل امتناعی اثرات پیدا ہوتے ہیں جو طبعی احساسات کو منقطع کر دیتے ہیں، اور یا تناسلی نخاعی معکوسی مرکز 198

(genito-spinal reflex centre) کی تحریک پذیری میں کمی پائی جاتی ہے۔ بنظر کے اندر کی عصبی انتہائیں صنفی فعلیات میں ایک اہم فعل سرانجام دیتی ہیں۔ اور صنفی برودت یا کراہت کے اصابات میں مریضہ کو اِس عضو کے فعل کے متعلق واقفیت پہنچانا چاہیئے۔ یوہمبین (yohimbine)، ڈیمیانا (damiana)، سٹرکنین (strychnine)، اور کینتھیر ائڈس (cantharides) کی طرح کی دواؤں سے علاج کرنے کا اصل اصول نخاعی اور قشری مراکز کو کیمیائی ذرائع سے ہیجان پہنچانا ہے۔ ایک اور نظریہ ہے جس کی رو سے صنفی برودت کو داخلی افرازات کی، اور خاصکر درقی اور زنانہ صنفی ہارمونوں کی قلت سے منسوب کیا جاتا ہے۔ جن حالتوں میں برودت کے ساتھ صنفی ہارمونوں کی قلت کی شہادتیں موجود ہوتی ہیں، ان کیلئے حال ہی میں ایسی تجہیزات کے استعمال کی سفارش کی گئی ہے جن میں شبق انگیز ہارمون موجود ہوتا ہے۔

ایسی کئی ایک مختلف حالتیں ہیں جن سے دورانِ مجامعت میں عورت کو درد محسوس ہوتا ہے اور اس لئے جماع مشکل ہو جاتا ہے۔ جن مریضوں میں یہ علامت موجود ہوتی ہے اُن میں محتاط تحقیق کی ضرورت ہوتی ہے۔ درد شاذ و نادر ہی تیز ہوتا ہے، اور یہ بالعموم دھیما اور مستمر قسم کا بتایا جاتا ہے، اور مجامعت کے بعد بھی چند گھنٹوں تک باقی رہتا ہے۔ جن مریضوں میں جماع مولم کی ابتدا ازدواجی زندگی کے آغاز ہی سے ہو جاتی ہے اُن کی کیفیت اُن مریضوں سے مختلف ہوتی ہے جن میں یہ طبعی ازدواجی زندگی کے کچھ عرصہ بعد پیدا ہوتا ہے۔ قبل الذکر حالت میں مریضہ محض جماع مولم کی وجہ ہی سے مشورہ طلب کرتی ہے، اور موخرالذکر میں اس کے ساتھ بالعموم دیگر علامات بھی موجود ہوتے ہیں۔ بعض خلقی غیر طبعی حالتیں، مثلاً غیر منثقب یا بے حد مزاحم پردۂ بکارت یا غیر منثقب مہبل، یا اس قنال کے حصّۂ زیرین کا ضیق (stenosis)، جماع کو ناممکن بنا دیتی ہیں۔ ایک اور قسم کی میکانی رکاوٹ بھی اکثر اوقات پائی جاتی ہے، یعنی مہبلی عضلۂ عاصرہ کا تشنج، اور غالباً دیگر سطحی عجانی عضلات کا بھی۔ یہ حالت تشنج المہبل (vaginismus) کے نام سے مشہور ہے (میریئن سمس :Marion Sims)، اور اس کی ابتدا در اصل ایک محافظ فعل کے طور پر ہوئی ہے جو مریضہ کو کسی مقامی ضرر سے پیدا شدہ درد سے محفوظ رکھتا ہے۔ لیکن اکثر ایسا بھی ہوتا ہے کہ جہاں کوئی مقامی سبب شناخت نہیں کیا جاسکتا وہاں بھی یہ بخوبی نمایاں ہوتا ہے۔ بعض اوقات عصبی المزاج عورتوں میں جماعِ مولم کی شکایت موجود ہوتی ہے مگر کوئی ایسی مقامی

مرضی حالت معلوم نہیں کی جا سکتی جس سے یہ منسوب کیا جا سکے۔ اِس حالت میں مقامی تشنج جو بعض اوقات شدید ہوتا ہے ایک ذہنی معکوسہ کا بلا واسطہ نتیجہ ہوتا ہے، اور جس کا اثر مجامعت سے پہلے ہی ظاہر ہو جاتا ہے۔ حساسیت اس لئے پیدا نہیں ہوتی کہ حصے خوف سے سکڑ جاتے ہیں، کیونکہ مریضہ ایسی حالت میں بھی جبکہ وہ تکمیل زفاف کی خواہشمند ہو جماع کی کوشش کی متحمل نہیں ہو سکتی۔ اِس شکایت میں بعض اوقات "خود رو تغیرات" (spontaneous variations) واقع ہو جاتے ہیں، (یہ اصطلاح میتھیوز ڈنکن :Mathews Duncan) نے وضع کی ہے)، اور یہ غائب بھی ہو جاتی ہے۔ اس کے مظاہر دوسری عصبانیتوں کی طرح جائل (erratic) ہوتے ہیں، چنانچہ ایک موقع پر تو مریضہ کے لئے مجامعت قاعدۃً ناقابل برداشت ہوتی ہے، اور وہ معدم حس کے اثر کے بغیر امتحان کی کوششوں کی متحمل نہیں ہو سکتی، اور دوسرے موقع پر وہ امتحان کرنے والی انگلی کے داخل ہونے کی تکلیف برداشت کر سکتی ہے، اور امتحان بغیر کسی دقت کے کیا جا سکتا ہے۔ علاوہ ازیں کبھی کبھی تشنج المہبل ایسی عورت میں بھی پیدا ہو جاتا ہے جسے پہلے مجامعت میں کوئی مشکل پیش نہیں آتی تھی۔ شدید اصابات میں امتحان کرنے کی کوشش سے عضلات میں درد خیز اینٹھن اور عصبی تحریک پیدا ہو جاتی ہے، سرین اوپر اٹھ جاتے ہیں، کمر خمیدہ ہو جاتی ہے، اور رانیں ایک دوسری سے زور سے مل جاتی ہیں۔ ایسی حالتوں میں امتحان سے پہلے معدم حس کا استعمال ضروری ہوتا ہے۔ ایسے اصابات کا اندراج بھی کیا جا چکا ہے جن میں عضلہ رافع مبرز (levator ani) کے تشنج سے پہلے مجامعت شروع ہو گئی تھی، اور پھر تشنج اتنے زور سے پیدا ہو گیا کہ قضیب باہر نہیں نکالا جا سکا (قضیب محبوس penis :captivus) فرٹش (Fritsch) نے ایک واقعہ درج کیا ہے جس میں قضیب کو باہر نکالنے کے لئے عورت کو اُسے کلوروفارم دینا پڑا۔ 199

مریضوں کے ایک دوسرے گروہ میں مقامی امتحان سے حفرہ زورقیہ میں چھوٹا سا قرحہ یا شقاق، یا عرقی لحیمہ (vascular caruncle)، یا ملتہب پردۂ بکارت یا ملتہب لحیمات آسیہ (carunculæ myrtiformes) شناخت کئے جا سکتے ہیں۔ جماع مولم کے یہ سب معروف و مشہور اسباب ہیں، اور انکی وجہ سے عصبی المزاج مریضہ میں درد خیز معکوس تشنج پیدا ہو سکتا ہے جس سے مجامعت بالکل ناممکن ہو جاتی ہے۔

ایسے مریضوں کا علاج بعض اوقات نفسیاتی تجزیہ (psycho-analysis)

یا تنویمی اثر آفرینی (hypnotic suggestion) سے کامیابی سے کیا جا سکتا ہے، لیکن صادق تشنج المہبل کی شدید حالت کا شافی علاج آسان کام نہیں جیسا کہ ان مقدمات سے ظاہر ہوتا ہے جو فسخ نکاح کے لئے عدالتوں میں وقتاً فوقتاً دائر کئے جاتے ہیں۔ انذار کے متعلق ہمیشہ احتیاط سے رائے دینا چاہئے، اور بہ حیثیت مجموعی یہ زیادہ امید افزا نہیں ہوتا۔ یہ عارضہ حمل کے بعد بھی عود کر آتا ہے۔

بہر کیف بہت سے مریضوں میں اس تکلیف دہ علامت کا کوئی نہ کوئی مقامی سبب دریافت کیا جا سکتا ہے۔ لہٰذا جماع مولم کے مقامی اسباب مندرجۂ ذیل ہیں:۔

خارجی اسباب۔

حاد یا مزمن التہاب فرج یا التہاب مہبل۔ پژمردگیٔ فرج (kraurosis)۔

بارتھولینی غدد کا التہاب۔

پردۂ بکارت اور دیگر حصص کے (جن پر دہنۂ مہبل مشتمل ہے) تشقق اور قرحے۔

لحیمات آسیہ کا مزمن التہاب۔

مبالی لحیمہ (urethral caruncle) مزمن التہاب مبال یا سکین کے غدد (Skene's glands) کا مزمن التہاب۔

تشنج ــــ تشنج المہبل۔

داخلی اسباب۔

رحمی ضمیمہ جات یا باریطون یا خلوی بافت کا حاد یا مزمن التہاب۔

رحم کی خلقی یا غیر ضعیفت جبکہ انضمامات وغیرہ سے پیچیدہ ہوگئی ہو۔

بیض کا سقوط۔

عنق رحم کا خلقی تطول

جب کوئی مقامی سبب معلوم نہ کیا جا سکے تو مردانہ عضو اور دہنۂ مہبل میں عظیم عدم تناسب کی موجودگی کا امکان فراموش نہ کرنا چاہئے۔ جماع مولم کے تمام مریضوں کے سلسلہ میں خاوند سے بھی ملاقات کرنا چاہئے جس سے عورت کے مقابلہ میں بالعموم زیادہ مفصل اطلاع حاصل کی جا سکتی ہے۔

200

جماع مولم کے مریضوں کے لئے محتاط مقامی امتحان کی ضرورت ہے جس میں معائنہ فرج شامل ہے۔



شکل ۱۲۷۔ شیخ المہبل کے صابات کے لئے شگاف۔

حفرۂ زورقیہ کے خطہ کے شقاقات بآسانی نظر انداز کیئے جاسکتے ہیں تاوقتیکہ مناسب تنویر سے بہت احتیاط کے ساتھ امتحان نہ کیا جائے۔ یہ شقاقات عام طور پر شدید عضلی تشنج (تشنج المہبل) کی حالت میں پائے جاتے ہیں جس سے ان کی شناخت اور زیادہ مشکل ہوجاتی ہے تاوقتیکہ معدم حس کا استعمال نہ کیا جائے۔

تشنج المہبل (vaginismus) اگرچہ کوششِ مجامعت کے دوران میں پیدا ہوا ہو مگر نرمی سے اصبعی امتحان کرنے پر بعض اوقات نمودار نہیں ہوتا۔ لیکن اگر مہبل کی موخر دیوار کے حصہ زیرین پر انگلی سے پیچھے کی طرف کو دباؤ ڈالا جائے تو تشنج کا اکثر واضح طور پر مشاہدہ کیا جاسکتا ہے۔ اگر کوئی خارجی سبب معلوم نہ کیا جاسکے تو رحمی ضمیمہ جات کی التہابی حالتوں یا تبیضین کے سقوط کو مستثنےٰ کرنے کے لئے ایک محتاط دودستی امتحان سرانجام دینا چاہیئے۔

جماع مولم dyspareunia کا علاج یہ ہے کہ اگر کوئی مقامی سبب موجود ہو تو سب سے پہلے اس کا ازالہ کیا جائے یا اس میں تخفیف کی جائے۔ غیر منشق یا غیر منثقب پردۂ بکارت کا استیصال معدم حس کے زیر اثر کیا جاسکتا ہے، دہنۂ مہبل میں شگاف دیکر اسے تتسع کیا جاسکتا ہے۔ شقاقات اور الیم لحیاتِ آسیہ کا استیصال کیا جاسکتا ہے۔ تشنج المہبل (vaginismus) کا علاج ہمیشہ مشکل ہوتا ہے۔ سب سے پہلے یہ ضروری ہے کہ مریضہ کا کلی اعتماد حاصل کیا جائے، اور اس کے لئے بہت سے استقلال اور مہارت کی ضرورت ہوتی ہے۔ بہرکیف اگر محتاط تحقیقات کے بعد عورت کو اس امر کا یقین دلانے میں کامیابی ہوجائے کہ کوئی حقیقی درد پیدا نہیں ہوتا تو یہ سمجھنا چاہیئے کہ اس کی ذہنی حالت کے علاج کا اہم مرحلہ طے ہوگیا۔ والتھیرڈ (Walthard) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ شکم کے عضلات فرش حوض کے عضلات کے متضاد عضلات ہیں۔ لہٰذا اگر تشنج المہبل کی مریضہ کانکھے، اور اپنے عضلات شکم کو استعمال کرے تو تشنج بالعموم رفع ہوجاتا ہے، اور ولکانائٹ کے موسع (vulcanite dilator) (دیکھو شکل ۱۲۹) کی طرح کا آلہ مہبل میں داخل کیا جاسکتا ہے۔ ان اصولوں پر متواتر تعلیم دیکر مریضہ کے دل سے تکلیف کا خوف رفع کردینے کا نتیجہ انجام کار یہ ہوتا ہے کہ تشنج مہبل واقع نہیں ہوتا۔

جماع مولم کے داخلی اسباب کا علاج مسبب حالت کا مناسب علاج کرنے سے کیا جاتا ہے۔

مرض کی خفیف سی حالتوں میں مجامعت سے تقریباً دس منٹ پہلے ۱ فیصدی مرہم کوکین کا

استعمال کرنے سے تکلیف نہیں ہوتی۔ اگر یہ تدبیر ناکام ثابت ہو تو مریضہ کو معدم حس کے زیر اثر لاکر پردۂ بکارت کے اندر کے حلقہ کو مہبلی موسّعات کے ذریعہ سے زور سے تسع کردیا جائے،



شکل ۱۲۸۔ شیخ المہبل کے لئے عملیہ۔ اُس الماسی الشکل رقبہ کے کناروں کو ملانے کا طریقہ جو انگلیوں کے جانبی جر سے پیدا کیا گیا ہے۔

اور ایک بڑی جسامت کا موسّع چند گھنٹہ بعد تک مہبل میں رہنے دیا جائے۔ بعد میں بڑھتی ہوئی جسامت کے موسّعات ہر روز داخل کئے جائیں، اور چند گھنٹوں تک ان کو علی محلہ رہنے دیا جائے۔

جب مخفف علاج کے باوجود بیش حساسیت اور تشنج برقرار رہے تو یہ لازم ہوتا ہے کہ پہلے سطحی مہبلی عاصری عضلہ میں شگاف دیا جائے اور اس کے بعد بتدریج میکانی اتساع کیا جائے۔ شگاف خطِ وسطی پر پیچھے کی طرف دیا جاتا ہے، اور یہ پردۂ بکارت سے ایک انچ اوپر سے شروع ہوتا ہے، اور حفرہ زورقیہ اور عجانی جسم پر سے گزرتا ہوا پردۂ بکارت سے ایک انچ نیچے پہنچ جاتا ہے (دیکھو شکل ۱۲۷)۔ یہ اتنا گہرا ہونا چاہیئے کہ اس سے جلد اور اغشیۂ مخاطی اور نیز ماتحت عضلی ریشہ جات کٹ جائیں۔ کٹی ہوئی بافتوں کے باہر کی طرف کھنچ جانے کی وجہ سے وسطی شگاف میں ایک مستعرض دو کی خام سطح رہ جاتی ہے جو اوپر کے کنارے کو نیچے کے کنارے کے ساتھ متوقف ٹانکوں سے ملانے سے بند کردی جاتی ہے (دیکھو شکل ۱۲۸)۔ ایک وسطی شگاف کی جگہ اسی طرح کے دو جانبی شگاف دئے جا سکتے ہیں۔ جب زخم مندمل ہو جائے تو مریضہ کو مذکورۂ بالا قسم کے ایک انبوبی موسّع فرج (tubular vulval dilator) کا استعمال سکھا دینا چاہیئے۔ اول اول موسّع داخل کرنے سے پہلے فرج پر مرہم کوکین لگا لینا چاہیئے تاکہ درد سے مایوسی پیدا نہ ہو۔ اس کو ہر رات یا ایک رات چھوڑ کر داخل کرنا چاہیئے، اور نصف گھنٹہ سے لیکر ایک گھنٹہ تک رہنے دینا چاہیئے۔ اگر ضرورت ہو تو اس علاج کو کئی ہفتہ تک جاری رکھنا چاہیئے، اس سے بیشتر مریضوں کو شفا حاصل ہو جاتی ہے گو تمام کو نہیں ہوتی۔



شکل ۱۲۹۔ موسّعِ مہبل۔ یہ اوزار انبوبی منظار کے مشابہ ہے لیکن اسکا ایک سرا بند ہے۔
یہ شیشہ یا ولکانائٹ کا ہوتا ہے۔

اگر جماعِ مولم کا سبب گہرا واقع ہو تو مریض نہ صرف جماع کے دوران ہی میں تکلیف محسوس ہونے کی شکایت کرتے ہیں بلکہ ایک مستمر درد کی بھی شکایت کرتے ہیں جو حوض میں چند گھنٹے بعد تک بھی ہوتا ہے۔ اس درد کا سبب اکثر یا تو اکیلا ہی دویری الیم مبیض ہوتا ہے جو ڈگلس کی جیب میں مسقوط ہوتا ہے، اور یا اس کے ساتھ رحم کی خلفی غیر وضعیت بھی موجود ہوتی ہے۔ اگر مزمن التہاب کی وجہ سے مبیض یا فلوپی نلی منضم ہو تو اس وقت تک آرام کی توقع نہیں

کی جا سکتی جب تک کہ مرض زدہ ضمیمہ جات نہ نکال دئے جائیں۔ بخلاف اس کے رحم کو اسکی اصلی وضع پر لانا، اور ہاج (Hodge) یا البرٹ سمتھ (Albert Smith) قسم کی خود قائم پیسیری کو احتیاط سے بٹھانا، غیر منضم مبیض کو ضربہ کے احاطہ سے اوپر اٹھا دینے کے لئے اکثر کافی ہوتا ہے۔ جب درد مجامعت کا کوئی مقامی سبب منکشف نہ کیا جا سکے تو جماع کو کچھ عرصہ کے لئے ترک کر دینے کی ہدایت کرنا چاہئے، اور جب ازدواجی تعلقات پھر شروع کئے جائیں تو مجامعت سے پاؤ گھنٹہ پہلے فرج کو مرہم کوکین (۱۰ فیصدی) لگانے سے دقتِ جماع کو رفع کرنے میں مدد ملتی ہے۔

باب دوم۔ فتوراتِ فعل

عقم

(STERILITY)

تولید کا انحصار مرد کی طبعی صنفی فعالیت پر بھی اتنا ہی ہے جتنا کہ عورت کی طبعی صنفی
فعالیت پر۔ لہٰذا عقم ہمیشہ عورت ہی کی طرف سے پیدا نہیں ہوتا، اگرچہ وہ حالتیں جن سے اسکے
پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے مرد کی بنسبت عورت میں زیادہ کثرت سے پائی جاتی ہیں۔ یہ اندازہ
کیا گیا ہے کہ جو ازدواجات بار آور ثابت نہیں ہوتے ان میں سے ۲۰ تا ۲۵ فیصدی میں اولاد نہ
پیدا ہونے کی ذمہ داری مرد پر ہوتی ہے۔ ایسی مثالیں بھی دیکھنے میں آئی ہیں جن میں بالکل تندرست 203
افراد کا عقد عقیم ثابت ہوا مگر بعد میں ازدواج ثانی سے ہر ایک کے ہاں اولاد پیدا ہوئی۔ جن
خاندانوں میں استعدادِ تولید اوسط درجہ کی یا اس سے زیادہ ہوتی ہے ان کے افراد کے ہاں ان
اشخاص کے مقابلہ میں جن میں یہ استعداد نسبتہً کم یا رو بہ تنزل ہو اولاد پیدا ہونے کا امکان زیادہ
ہوتا ہے۔ اس بیان کا اطلاق کثیر العیال خاندانوں کے کلاں تر افراد پر غالباً زیادہ ہوتا ہے
کیونکہ اس امر کے متعلق کسی قدر ثبوت مہیا ہو چکا ہے کہ خرد ترین ارکان کے ازدواج سے قوت
تولید میں تخفیف پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ بعض خاندانوں کا رجحان بعض نسلوں کی طرح
معدوم ہو جانے کی طرف ہوتا ہے۔ اور یہ عمل یا تو فعالیتِ تولید میں مترقی نقص پیدا ہو جانے
اور یا کسی موروثی مرض کی وجہ سے وقوع میں آتا ہے۔

عقم کی عام طور پر دو قسمیں بیان کی جاتی ہیں۔ ایک مطلق اور دوسری اضافی قبل الذکر میں کسی ایسی حالت کی وجہ سے جو حمل کے لئے قطعی طور پر مانع ہوتی ہے استقرارِ حمل کبھی نہیں ہوتا، اور موخر الذکر میں حمل کامیاب انتہا تک نہیں پہنچتا۔ لہٰذا عقم اضافی ایک قبالتی مسئلہ ہے اور آئندہ اس کا ذکر نہیں کیا جائیگا۔ میتھیوز ڈنکن (Matthews Duncan) نے جو قاعدہ مقرر کیا ہے اُس کا عام طور پر خیال رکھنا چاہئے، اور وہ قاعدہ یہ ہے کہ ان نوجوان اشخاص کے ازدواج کو جو بیس اور تیس سال کی عمروں کے درمیان عمل میں آیا ہو عقیم تصور نہیں کیا جاسکتا تاوقتیکہ چار سال نہ گذر جائیں۔ اگر عورت کی عمر تیس سال سے متجاوز ہو اور پہلا بچہ پیدا ہونے میں دیر ہو رہی ہو تو اس امر کی اہمیت ایسی عورت میں کم عمر کی عورت کے مقابلہ میں زیادہ ہوتی ہے۔ اس لئے یہ مناسب ہے کہ شادی کے تقریباً دو سال گذرنے کے بعد طرفین کے متعلق مکمل تحقیقات کی جائے۔ بہرکیف اس قسم کی مثالیں بھی وقتاً فوقتاً دیکھنے میں آتی ہیں جن میں پندرہ سال کی طویل عقیم ازدواجی زندگی کے بعد بچہ پیدا ہوتا ہے۔ اگر شادی ہوئے زیادہ عرصہ گذر گیا ہو اور عقم کا سوال زیر غور ہو تو اس امر کا خیال رکھنا چاہئے کہ کہیں مانع حمل ذرائع اختیار کرنے سے استقرارِ حمل کو عمداً تو نہیں روکا گیا۔ یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ ازدواجی زندگی کے ابتدائی حصہ میں بہت سے نوعمر زن و مرد استقرارِ حمل کو پسند نہیں کرتے، اور اس لئے چار یا پانچ سال کی مدت کا جو معیار ازدواج کو عقیم قرار دینے کے لئے بالعموم ایک اصول کے طور پر تسلیم کیا جاتا ہے اس میں انفرادی حالتوں میں بعض اوقات ترمیم کرنے کی ضرورت ہوگی۔

عقم مطلق عملِ تولید کے اولین مدارج کے غیر مکمل رہ جانے کا نتیجہ ہے۔ یا تو تخصیب (fertilization) ہی عمل میں نہیں آتی، اور یا مخصّب بیضہ منصب ہونے سے قاصر رہتا ہے اور فوراً تباہ ہوجاتا ہے۔ بیضہ کی عدم تخصیب عموماً اس امر کی طرف اشارہ کرتی ہے کہ حیواناتِ منویہ اور ابتدائی بیضوں (öocytes) کا باہمی اتصال نہیں ہوتا۔ اور اس کے وجوہ یہ ہیں۔ (۱) منوی خلیوں کی عدم فعالیت جس کی وجہ سے یہ فلوپی نلیوں تک جہاں طبعی طور پر تخصیب واقع ہوتی ہے، نہیں پہنچ سکتے۔ (۲) منی سے حیواناتِ منویہ کا فقدان (انعدام حیواناتِ منویہ: azoöspermia)، یا تناسلی قنال میں غیر طبعی موادوں سے منوی خلیوں کا اتلاف۔ (۳) تناسلی قنال میں میکانی رکاوٹوں کی موجودگی جس کی وجہ سے یہ آگے نہیں جاسکتے، مثلاً عنق کا ضیق (stenosis) جس کی وجہ سے حیواناتِ منویہ رحم میں داخل

نہیں ہو سکتے، یا فلوپی نلیوں کی مسدودیت جو بیضہ کو شکمی دہنوں (abdominal ostia) میں داخل نہیں ہونے دیتی۔ (۴) تبویض کے طبعی عمل کی ناکامی، مثلاً ممکن ہے کہ بیضی خلیہ مبیض سے اپنے اردگرد کے انضمامات کی وجہ سے یا پردۂ ابیض کی غیر طبعی دبازت کی وجہ سے بخوبی آزاد نہ ہو سکتا ہو۔ مخصّب بیضہ نا تندرست یا غیر طبعی دروں ارحمہ کی وجہ سے بھی مدفون ہونے میں ناکام رہ جاتا ہے جیسا کہ رحم کی عفونتی سرائتوں، اور ہیکلی خلیات کے ناقص ریزینی تعامل کی حالت میں ہوتا ہے۔ تناسلی قنال کے کسی حصّہ کا عدم وجود یا اس کا شدید سوءِ نمو بھی عقمِ مطلق کا باعث ہوتا ہے۔

204 مذکورۂ بالا حالتوں میں سے بعض ایسے مقامی اسباب پر مشتمل ہیں جن کی سریریاتی شناخت کی جا سکتی ہے۔ لیکن عقم ان عورتوں میں بھی پایا جاتا ہے جن میں کوئی بھی مقامی سبب دریافت نہیں کیا جا سکتا۔ اس لئے یہ ضروری ہے کہ اُن عمومی حالتوں کو بھی معلوم کیا جائے جو استقرارِ حمل کے لئے مساعد اور مانع ہیں۔ منجملہ ان کے عمر کی اہمیت سب سے زیادہ ہے، اور عورت کی عمر مرد کی نسبت زیادہ اہمیت رکھتی ہے۔ جن عورتوں کی ازدواجی زندگی ۲۰ اور ۳۰ سال کی عمر کے درمیان شروع ہوتی ہے اُن کی استعدادِ تولید سب سے زیادہ ثابت ہوتی ہے۔ اور جن عورتوں میں مذکورہ زندگی کی ابتدا ۴۰ سال کی عمر میں ہوتی ہے ان کے متعلق میتھیوز ڈنکن (Matthews Duncan) نے یہ معلوم کیا ہے کہ ان میں سے ۹۵ فیصدی عقیم ہوتی ہیں۔

جن آدمیوں کی صحت خراب ہوتی ہے اور جو آدمی قعودی پیشوں سے تعلق رکھتے ہیں ان کی استعدادِ تولید ان آدمیوں کی نسبت کم ہوتی ہے جن کی صحت بہت اچھی ہو اور جو میدانی زندگی بسر کرتے ہوں۔ عورتوں کی صحت عامہ کا جو اثر تولید پر ہوتا ہے اس کی اہمیت مرد کی صحت کے مقابلہ میں کم ہے۔ یہ امر عام طور پر تسلیم کیا جاتا ہے کہ جو عورتیں عسر الطمث کی مریض ہوتی ہیں ان کی استعدادِ تولید اُن عورتوں کی نسبت کم ہوتی ہے جن کو دورانِ حیض میں بہت زیادہ درد نہ ہوتا ہو۔ اس نظریہ کا انحصار میتھیوز ڈنکن، ویڈیلر (Vedeler) اور دوسروں کے مشاہدات کے اعداد و شمار پر ہے۔ حیض کی بے قاعدگیاں حتیٰ کہ بے طمثیت کے نمایاں مدارج بھی، اوسط استعدادِ تولید کے متناقض نہیں۔ علاوہ ازیں یہ بھی معلوم ہو جانا چاہیے کہ جن عورتوں میں مردانہ خواص کی پیدائش کا رجحان پایا جاتا ہے انکی استعدادِ تولید کم ہوتی ہے۔

عمومی مسائل پر غور کرنے کے بعد عقم کا ممکن مقامی سبب بھی تلاش کرنا چاہیئے۔
جن مقامی حالتوں کا ذکر جماع مولم کے اسباب کے طور پر کیا گیا ہے ان کا رجحان طبعی عمل مجامعت میں مخل ہونے کے باعث امتناعِ استقرارِ حمل کی طرف ہوتا ہے۔ بعض خلقی غیر طبعی حالتیں استقرارِ حمل کے لئے قطعی طور پر مانع ہیں، مثلاً غیر منثقب مہبل (دیکھو صفحہ 151)، رضیعی رحم، تحت مبالیت، اور خنثیت (صفحہ 157)۔ اور بعض کے متعلق یہ خیال کیا جاتا ہے کہ وہ استقرارِ حمل میں صرف مزاحمت ہی پیدا کرتی ہیں اور اسکے لئے قطعی طور پر مانع نہیں، مثلاً مخروطی عنق، عنق کا بیش پرورشی نطول، اور صغیر الجسامت پیش خمیدہ رحم "یا حلزونہ نمار حم" (شکل ۱۰۱)۔ خارجی فم کے چھوٹے ہونے سے بھی (جسے اسی لئے "سوزنی فم رحم" کہا جاتا ہے) استقرارِ حمل کی امید کم ہوتی ہے۔ رحم کی ایسی غیر وضعیتیں جن کے ساتھ کوئی پیچیدگی موجود نہ ہو استقرارِ حمل میں کوئی شدید رکاوٹ پیدا نہیں کرتیں، اور ایسی بے شمار مثالیں پائی جاتی ہیں جن میں پس گردہ رحم حامل ہو جاتا ہے۔ اور ساتھ ہی ایسا بھی ہوتا ہے کہ بے اولاد عورت میں خلقی غیر وضعیت کو درست کر دینے سے اکثر استقرارِ حمل ہو جاتا ہے۔ دروں رحمی بیش پرورش اور رحم کے لیفیتی سلعات بھی اسی قسم کے حالات سے تعلق رکھتے ہیں جن سے کہ غیر وضعیتیں رکھتی ہیں، گو ان کا اثر نسبتہً زیادہ غیر مساعد ہوتا ہے۔ دروں رحمی التہاب کی سرایتی قسمیں خواہ وہ جسمی ہوں یا عنقی استقرارِ حمل کے لئے تقریباً قطعی طور پر مانع ہیں۔ جن باربطونی انضمامات سے انبوبی دہنہ اور بیض ماؤف ہو گئے ہوں ان سے دونوں فلوپی نلیوں کے مسدود ہو جانے سے استقرارِ حمل ناممکن ہوتا ہے۔ بعض اوقات انبوبی اور گرد انبوبی التہاب کے نتائج سے کم و بیش مکمل طور پر شفا حاصل ہو جاتی ہے، اور اس لئے یہ ضروری ہے کہ جب دورانِ عملیہ میں دیرینہ انضمامات پائے جائیں تو انذار کے متعلق احتیاط کی جائے۔ ایسی کئی ایک مثالیں ہمیں معلوم ہیں جن میں ڈگلس کی جیب کے بہت بڑے خراج کی راستہ مہبل سیلیت ہو جانے پر بھی استقرارِ حمل ہوا۔ فلوپی نلیوں کا انفتاح دریافت کرنے کے لئے اب ہمارے پاس ایک قابلِ اعتماد سریریاتی ذریعہ ہے، اور یہ انبوبی تنفیخ کا طریقہ ہے۔ عقم کے مریضوں کے متعلق تحقیق کرنے میں اس طریقۂ امتحان کو روزمرہ کا دستور بنا لینا چاہیئے۔ گائلز (Giles) کے مطابق عقم ۳۴ فیصدی کتخدا عورتوں میں انبوبی مسدودیت کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔

ٹھوس یا خبیث دوجانبی بیضی سلعات بعض اوقات تمام بیضی قشرہ کو تباہ کر دیتے ہیں، اور انسداد تبویض کے باعث استقرارِ حمل کو ناممکن بنا دیتے ہیں۔ غیر خبیث بیضی نوساختوں 205 سے تمام کی تمام فعال بیضی بافت شاذ و نادر ہی تباہ ہوتی ہے۔

اگر عورت میں کوئی مقامی غیر طبعی حالت دریافت نہ کی جاسکے تو یہ عین ممکن ہے کہ نقص مرد ہی میں ہو۔ اسلئے ایسی تمام حالتوں میں یہ بہتر ہوگا کہ مرد کا معائنہ کیا جائے اور یہ معلوم کر لیا جائے کہ اس کی رجولیت میں کسی قسم کا ضعف یا نقص تو نہیں۔ اس تحقیقات کیلئے ہمیشہ منی کے امتحان کی ضرورت ہوتی ہے کیونکہ ایسا بھی ہوسکتا ہے کہ صنفی فعالیت کے قائم ہوتے کے باوجود حیواناتِ منویہ کی حیویت ناقص ہو، اور یا یہ بالکل غائب ہی ہو گئے ہوں۔ مزمن التہاب خصیہ (chronic orchitis)، جو سوزاک سے یا کن پھیڑ (mumps) کے بعد پیدا ہوا ہو، مرد میں اکثر عقم کا باعث ہوتا ہے جبکہ دونوں خصیے متاثر ہو چکے ہوں۔ اس حالت میں حیوانات منویہ خصیتی افراز میں یا تو محض قلیل تعداد میں موجود ہوتے ہیں اور یا بالکل غائب ہوتے ہیں۔

علاج۔ مذکورہ امور کی بنا پر یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ عقم کی تمام حالتوں میں مرد کی حالت بھی اتنی ہی توجہ کی محتاج ہوتی ہے جتنی کہ عورت کی۔ مرد کی جسمانی حالت کی اصلاح سے اکثر اوقات طویل زمانہ عقم کا خاتمہ ہو جاتا ہے۔ علاجِ عقم کے لئے عورت پر صرف اسی حالت میں عملیے سر انجام دینا جائز ہیں جبکہ مرد میں کوئی نقص معلوم نہ کیا جاسکے۔ خاوند کی استعدادِ تولید کا امتحان کرنے کا ایک عام طریقہ یہ ہے کہ رِفالہ (condom) یا غلاف (sheath) (شکل ۱۳۲) میں سے اس کی منی کا ایک نمونہ حاصل کیا جائے، اور نیم گرم سٹیج پر اس کا امتحان کیا جائے کہ آیا اس میں حیوانات منویہ موجود ہیں، ان کی تعداد کیا ہے، یہ کس قسم کے ہیں، اور ان کی حرکت پذیری کیسی ہے۔ اس سادہ طریقہ پر اس امر کی بنا پر اعتراضات کئے گئے ہیں کہ تجربہ سے یہ ظاہر ہوا ہے کہ رفالہ میں فعال مردانہ خلیات کے پائے جانے کے باوجود ان کے اُن افرازات سے تباہ ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے جو عنق اور مہبل میں موجود ہوتے ہیں۔ ہوئنر (Hühner) نے یہ بیان کیا ہے کہ تاوقتیکہ عنق میں بلا واسطہ امنانہ کیا جائے استقرارِ حمل کا امکان نہیں ہوتا، کیونکہ حیواناتِ منویہ مہبل کے ترشئی ماحول میں بہت جلد ہلاک ہو جاتے ہیں۔ لہٰذا ہوئنر کا کاشفہ (Hühner's test) یہ ہے کہ جماع کے بعد چند گھنٹے کے اندر ہی قنالِ عنق میں سے مخاط کا امتصاص کر لیا جائے، اور

اس افراز میں یہ دیکھنا چاہیے کہ آیا حرکت پذیر حیوانات منویہ موجود ہیں۔ اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ خالص سائنٹفک نقطۂ نظر سے اس کاشفہ کی تائید میں بہت کچھ کہا جاسکتا ہے، لیکن عملی دقتوں کی وجہ سے اس کی مخالفت بھی کی جاتی ہے، اور اس لئے یہ عام طور پر اختیار نہیں کیا جاتا۔ بہر کیف ہونر کی تحقیقات سے یہ منکشف ہوا ہے کہ عنق اور افرازِ عنق استقرارِ حمل کے سلسلہ میں بہت اہم فریضہ سرانجام دیتے ہیں، اور اس سے یہ بھی ظاہر ہوتا ہے کہ جو مقامی ضررات موجود ہوں ان کا ازالہ بے حد ضروری ہے، مثلاً عنقی تاکل، دریدگی، بیش پرورشی تطویل، مخروطی عنق، چھوٹے فم خارجی، یا مزمن التہاب کا۔ یہ تمام حالتیں اس فعل میں مخل ہو سکتی ہیں۔ مزید برآں اگر قنال عنق کا بلا واسطہ اِمنا (direct insemination) فی الحقیقت اس قدر اہم ہے تو ایسے امور کو، جیسے کہ موخر مہبلی قیوہ سے عنق کا تعلق، (مثلاً رحم کی پس گردیدگی یا عنق کی پیش خمیدگی)، اور عورت کے التذاذ (orgasm) کی تکمیل ہیں، عقم کے لحاظ سے نئی اہمیت دینا ہوگا۔ اسی عنوان کے تحت ان تمام حالات کی اصلاح کو بھی شامل کرنا ہوگا جو جماع مولم کا باعث ہیں اور تکمیلِ جماع میں مخل ثابت ہوتے ہیں۔

علاجِ عقم کے مسئلہ سے چند عمومی قواعد ایک اہم تعلق رکھتے ہیں۔ مریضوں کو کثرتِ مباشرت سے منع کر دینا چاہیئے۔ اور جن حالتوں میں بہت بے اعتدالی کی گئی ہو ان میں میاں بیوی کو کوئی ایک ہفتوں کے لئے علیحدہ علیحدہ رہنے کی ہدایت کر دینا چاہیئے۔ علاوہ ازیں یہ بھی بتا دینا چاہیئے کہ استقرارِ حمل کے لئے مناسب ترین وقت زمانہ حیض کے عین بعد کے ایام ہیں۔ اِس امر کی تائید میں معقول تشریحی اور فعلیاتی دلائل پیش کئے جاسکتے ہیں۔ تبویض بالعموم حیضی دور کے بارھویں اور سترھویں دنوں کے درمیان واقع ہوتی ہے، اور چونکہ تخصیب اکثر و بیشتر فلوپی نلیوں میں واقع ہوتی ہے اس لئے بعد حیضی امنا سے یہ امر یقینی ہو جاتا ہے کہ نلیوں میں مردانہ عناصر اِس وقت ضرور موجود ہوں گے جبکہ ابتدائی بیضہ (öocyte) تناسلی خطہ میں داخل ہوگا۔ فان فرینکے (von Franqué) نے یہ اندازہ کیا ہے کہ فعل امنا اور مخصب بیضہ کے رحم میں پہنچنے کے درمیان آٹھ سے لیکر دس دن کا وقفہ ہوتا ہے۔ لہٰذا بعد حیضی اِمنا اور تخصیب سے اس امر کا بھی یقین ہو جائے گا کہ بیضہ دروں رحمہ پر اس وقت پہنچے گا جبکہ یہ قبل از حیض یا رہنی حالت میں ہوگا (دیکھو صفحات 101 تا 105)۔ اور یہ قرین قیاس ہے کہ اس درجۂ نمو پر دروں رحمہ بیضہ کے دفن ہونے اور اس کے تغذیہ کے لئے بہترین طور پر طیار ہوتا ہے۔

جب بیضے اور منوی حیوان تندرست ہوں، اور مباشرت طبعی طور پر عمل میں آئی ہو تو عقم کا عام ترین سبب کوئی نہ کوئی تشریحی نقص ہوتا ہے جو تناسلی خطہ کے بالائی حصہ میں امراضیاتی ضررات سے پیدا ہوتا ہے۔ ۲۰۰ عقیم ازدواجات میں جن کے متعلق آر۔ایل ڈکنسن (R.L. Dickinson) اور ڈبلیو۔کیری (W. Cary) نے تحقیقات کی ہے، سب سے بڑا عام ترین نقص التہاب انبوبہ تھا (۳۹ فی صدی)۔ اس امر کی روشنی میں فلوپی نلیوں کے اندر کے طویل المدت التہابی اثرات کا شناخت کرنا، جن کی وجہ سے ان میں بل پڑجانے، یا انضمامات پیدا ہوجانے یا شگمی یا رحمی دہنوں کے بند ہوجانے سے تسدد واقع ہوجاتا ہے، نہایت عظیم الاہمیت ہے۔ ۱۹۱۳ء میں اول اول بروکلن (Brooklyn) کے کیری (Cary) نے یہ دکھایا کہ بواستہ مہبل نلیوں کے انفتاح کا مظاہرہ ممکن العمل ہے۔ شعاع نگار پر سایہ لانے کے لئے اول اول اس نے کولارگال (collargol) کا استعمال کیا، اور پھر وہ سوڈیم آئیوڈائیڈ کا ۱۵ فیصدی محلول استعمال کرنے لگا۔ اس سایہ سے نہ صرف کسی تسدد کی موجودگی ہی ظاہر ہوتی ہے بلکہ اس کا محل و قوع بھی معلوم ہوجاتا ہے۔ اس وقت سے لیکر اب تک کئی کیمیائی عوامل استعمال کئے جاچکے ہیں۔ موجودہ زمانہ میں جو چیز سب سے زیادہ کثرت سے مستعمل ہے وہ "لپائیوڈال" (lipiodol) ہے (دیکھو صفحہ 142 اور شکل ۱۰۰)۔

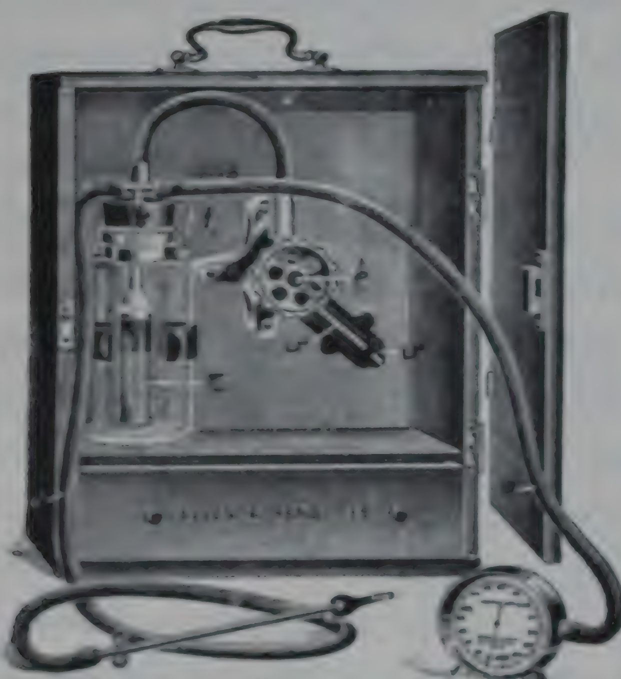
رحمی انبوبی نفوخ (Utero-tubal Insufflation) ۱۹۱۹ء میں ربن (Rubin) نے یہ دریافت کیا کہ فلوپی نلیوں کے انفتاح کا مظاہرہ تناسلی خطہ کے بالائی حصہ میں ایک عنقی یا رحمی نلکی کے ذریعہ سے آکسیجن یا کاربن ڈائی آکسائیڈ کا نفوخ کرنے سے زیادہ آسانی سے کیا جاسکتا ہے۔ قطع نظر تشخیصی اہمیت کے نلیوں کا نفوخ بہت سی حالتوں میں عقیم مریضوں کے لئے بظاہر مفید ثابت ہوتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ یا تو یہ انبوبی مخاطیہ کے شکنوں کے درمیان کے انضمامات کو توڑ دیتا ہے، اور مخاط کی ڈاٹوں کو ہٹا دیتا ہے، اور یا یہ ممکن ہے کہ یہ پیچیدہ نلیوں کو سیدھا کردیتا ہو۔ ربن (Rubin) کا یہ آلہ ایک پیچیدہ میکانیہ ہے اور اس لئے کاربن ڈائی آکسائیڈ کے گیسی استوانوں، اور فشار پیمائی دباؤ کا اندراج کرنے کیلئے ایک طبیب کے مسلسل استعمال کی ضرورت ہوتی ہے۔ وکٹر بونی (Victor Bonney) نے ایک زیادہ سادہ آلہ طیار کیا ہے جو شائد سائنٹفک نقطۂ نظر سے اتنا صحیح نہیں، لیکن انبوبی مسدودیت کی موجودگی یا عدم موجودگی کا مظاہرہ کرنے کے مقصد کو عملی طور پر پورا کردیتا ہے۔

اس کا آلہ ایک جوفدار رحمی مجسہ یا موسّع پر مشتمل ہے جس سے ربڑ کی ایک نلی لگی ہوتی ہے جو دوسرے سرے پر ایک ٹی (T) نما ٹکڑے کے ذریعہ سے ربڑ کے ایک جوفہ دار اور سادہ ڈائیل دار فشار پیما سے تعلق رکھتی ہے۔ اس آلہ کے استعمال کا یہ طریقہ ہے کہ قنالِ عنق کو توسیع کرنے کے بعد جوفدار موسّع کو کہفۂ رحم میں داخل کر دیا جاتا ہے۔ مہبل کو کسی دافعِ عفونت سیال سے بھر دیا جاتا ہے، اور جوفہ کو ہاتھ سے دبایا جاتا ہے۔ اگر فلوپی نلیاں منفتح ہوں تو فشار پیمائی دباؤ کے ۱۰۰ سیمابی ملی میٹر سے اوپر جانے کے بغیر ہی ان کی تنفیخ ہو جائے گی۔ یہ دباؤ ضرر کے کسی خطرہ کے بغیر ۲۰۰ ملی میٹر تک بڑھایا جا سکتا ہے، لیکن اس عدد سے اوپر نلی یا عنق کے منشق ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔

برطانیۂ عظمیٰ کی بہت سی سرپرستی گاہوں میں انبوبی نفوخ کے لئے ایک اور سادہ آلہ استعمال کیا جاتا ہے۔ یہ کیوریئر (Currier) کا آلہ ہے جو پرووِس (Provis) کا ممّہ ہے (دیکھو شکل ۱۳۰)۔ اسکے ضروری اجزا یہ ہیں۔ (۱) مضغوط گیس کا ایک اسطوانہ۔ (۲) ایک سیمابی فشار پیما۔ (۳) ایک آبی مصراعی اسطوانی۔ (۴) ایک دروں عنقی یا رحمی نلکی (دیکھو شکل ۱۳۱)۔ گیس کا جو اسطوانہ استعمال کیا جاتا ہے وہ "سپارکلیٹ" (sparklet) کے تجارتی نام سے مشہور ہے۔ اس میں کاربن ڈائی آکسائیڈ بہت دباؤ سے بھری ہوتی ہے۔ "سپارکلیٹ" کو ایک دھاتی نلی کے ساتھ جوڑ دیا جاتا ہے جس میں سے گیس گذر کر اسطوانی تک پہنچتی ہے، جس کے ساتھ ایک ٹی (T) نما ٹکڑے اور ربڑ کی نلی کے ذریعہ سے ایک فشار پیما بھی لگا ہوتا ہے۔ گیس اسطوانی میں سے ایک نکاس نلی کے ذریعہ سے رحم میں جاتی ہے۔ اسطوانہ میں سے گیس ایک پیّیے کو پھرا کر نکالی جاتی ہے جس پر چھوٹے چھوٹے درجوں کے نشان ہوتے ہیں تاکہ گیس کے خارج ہونے کی رفتار کمل طور پر منضبط رکھی جا سکے۔ ۵۰ تا ۸۰ مکعب ملی میٹر کا دباؤ منفتح فلوپی نلیوں میں سے گیس گذارنے کے لئے بالعموم کافی ہوتا ہے۔ اس درجہ تک پہنچنے کے بعد پارہ اوپر نہیں اٹھتا تاوقتیکہ اسطوانی میں گیس کے آنے کی رفتار بہت زیادہ نہ ہو۔ اگر دباؤ ۲۰۰ مکعب میٹر تک پہنچ جائے تو یہ نتیجہ نکالا جا سکتا ہے کہ دونوں نلیاں مسدود ہیں۔

بعض اوقات ایسا ہوتا ہے کہ نلیاں شکمی دہنہ کے عضوی طور پر بند ہو جانے سے مسدود نہیں ہوتیں، بلکہ انسدادِ انضمامات میں دہنہ کے مدفون ہو جانے سے، اور

بعض حالتوں میں نلی کے تنگنائی حصہ میں تضیق کے پیدا ہو جانے یا اس کے بل کھا جانے یا ایک عضلی تشنج تنگ سے بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ اس لئے ایک ہی امتحان کے منفی نتیجہ کو تسلیم نہ کرنا چاہیے قبل از حیض فعالیت کے درجہ میں دروں رحمہ بعض اوقات اس قدر دبیز ہو جاتا ہے کہ نلی کا رحمی

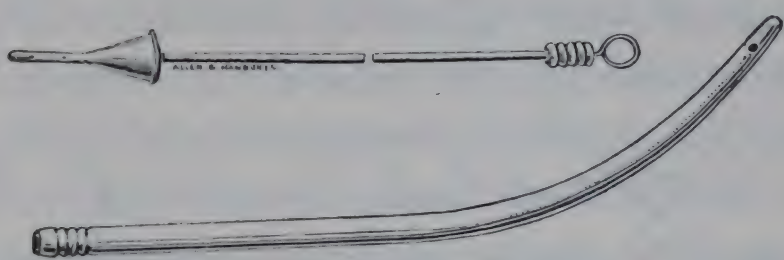


شکل ۱۳۰۔ انبوبی نفوخ کے لئے آلہ۔ کیوریٹر کا نمونہ پیرودوس کا مرحلہ۔ ا۔ کمانی دار شکنجہ۔ ب۔ ڈاٹ۔ ج۔ حجم پیما۔ د۔ ربڑ کی نلی جو فشار پیما سے پیوستہ ہے۔ س۔ ربڑ کی نلی جو رحمی قاساطیر سے پیوستہ ہے۔ ص۔ سپارکلیٹ جس میں ہوا کے لئے گیرندہ کا کام دیتا ہے۔ ط۔ روک ٹونٹی۔

حصہ مسدود ہو جاتا ہے، اور اس لئے گیس داخل نہیں ہو سکتی۔ لہذا اس کا شغفہ کو ایام حیض کے ختم ہونے کے سات دن کے اندر اندر یعنی دروں رحمہ کے درجۂ انتقاف ہی میں سرانجام دینا چاہیے۔

اگر عملیہ کُن کو کچھ شبہ ہو جائے تو ایک دفعہ اور ضرور تکرار کرنا چاہیئے، اور اگر ممکن ہو تو یہ کاشفہ تین دفعہ سر انجام دینا چاہیئے، یہ ظاہر ہے کہ اس طریقۂ کار کی تکمیل کیلئے سخت دافع عفونتی احتیاطوں کی ضرورت ہے۔ اگر مہبل یا عنق میں ریمی مواد موجود ہو تو اس طریقۂ کار کو عمل میں لانا قطعی طور پر ممنوع ہے۔

عنق کے اتساع سے عقم کے علاج میں بہت مدد ملتی ہے۔ چونکہ اس کا اثر عارضی ہوتا ہے اس لئے اس کو مناسب ترین وقت پر عمل میں لانا چاہیئے۔ علاوہ ازیں اسے اس طرح سر انجام دینا چاہیئے کہ رحمی بافتوں کو کوئی ضرر نہ پہنچنے پائے، جیسا کہ غیر ضروری طور پر بڑے بڑے موسّعات کا استعمال کرنے سے دریدگی پیدا ہو جاتی ہے۔ ابتدا میں گرم محلول نمک کے نطولات سے عنق کی بافتوں کو نرم کیا جا سکتا ہے، اور اس طرح اتساع میں آسانی پیدا کی جا سکتی ہے۔ اس قسم کے نطولات ایک ہفتہ تک دن میں دو مرتبہ کرنے چاہیئیں، اور ہر نطول کے بعد روئی کا ایک حمول (tampon) گلیسرین سے تر کر کے مہبل کے بالائی حصہ میں رکھ دینا چاہیئے۔ اتساع طبعی ایامِ حیض کے اختتام پر انجام دینا چاہیئے، اور دھات کے نمبر ۱۰ موسّع سے اوپر نہ کرنا چاہیئے (دیکھو صفحہ 837)۔



شکل ۱۳۱۔ انبوبی نفوخ کے لئے رحمی نلیوں کی قسمیں۔

امریکہ میں اتساعِ عنق اور رحمی انبوبی نفوخ تشخیصی طریقۂ عمل کے طور پر مشورہ کے کمرہ یا طبیب کے "دفتر" ہی میں سر انجام دے دیئے جاتے ہیں۔ برطانیۂ عظمیٰ میں یہ طریقہ رائج نہیں ہوا، اور اس طریقۂ کار کا استعمال اس خیال سے صرف دار العملیہ ہی میں کیا جاتا ہے کہ

اگر آلۂ نفوخ سے مسدودیت کا وجود ظاہر ہوگا تو ممکن ہے کہ شکم شگافی کا عملیہ سرانجام دینا پڑے۔ بونی (Bonney) نے یہ رائے پیش کی ہے کہ دورانِ شکم شگافی میں دررحمی نلکی کو علیٰ محلہٖ چھوڑ دینا چاہیئے، تاکہ اس سے مسدودیت کا مقام ظاہر ہو، اور یہ ثابت ہوسکے کہ آیا مسدودیت رفع ہوچکی ہے یا نہیں۔

اگر انبوبی نفوخ سے یہ ظاہر ہو کہ کم از کم ایک نلی منفتح ہے تو عملیہ تجویز کرنے سے پیشتر ہمیشہ مختلف طریقوں سے کافی طویل عرصہ تک علاج کرنا چاہیئے۔ فلوپی نلیوں کے شکمی دہنوں کی دونوں طرف کی التہابی مسدودیت استقرارِ حمل کے لئے بلاشبہ کلی طور پر مانع ہے، اور ان حالتوں میں نلی کو کھولنے اور مصنوعی شکمی دہنہ بنانے کے لئے کوشش کی جاچکی ہیں (انبوبی تفویہ salpingostomy:)۔ اس عملیہ کو سرانجام دینے کا خیال اس وقت تک نہ کرنا چاہیئے جب تک کہ التہابی فعالیت کے تمام سریری علامات غائب نہ ہوجائیں۔ اگر نلی کی دیوار میں نمایاں دبازت پائی جائے تو یہ بہت ممکن ہے کہ مصنوعی دہنہ منفتح نہ رہے گا۔ لہٰذا یہ ظاہر ہے کہ انبوبی تفویہ سے محدود استفادہ ہی کیا جاسکتا ہے، اور اصابات کو بہت احتیاط سے منتخب کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ انبوبی ضررات کے جو علاج کئے جاتے ہیں ان میں سے انبوبی دہنہ کا کھولنا گو نہایت سادہ اور نہایت آسان معلوم ہوتا ہے مگر مزاولتِ فن میں اس میں کامیابی نہیں ہوئی جو بادی النظر میں ممکن معلوم ہوتی ہے۔ اس ناکامی کی وجہ قطع نظر اس بعد عملیتی مسدودیت کے جو انضمامات سے واقع ہوجاتی ہے، یہ ہے کہ اسی امراضیاتی سبب سے جس سے نلی کے بُعدی سرے پر اکثر ضرر پیدا ہوتا ہے رحمی دہنہ بھی بند ہوجاتا ہے۔ جب ایسی حالت موجود ہو تو اس کی شناخت ایک چھوٹی سی نلکی اور پچکاری کے ذریعہ سے فلوپی نلیوں کا براستہ شکم انتفاخ کرنے سے کی جاسکتی ہے جیسا کہ بلیر بیل (Blair Bell) نے رائے دی ہے۔ ان صورتِ حالات کے تحت چند مثالوں میں انبوبی رحمی تنصیب (tubo-uterine implantation) یا انبوبی پیوند کاری (tubal grafting) کی کوشش کی جاچکی ہے جس میں کامیابی ہوئی ہے۔ اسکے لئے جو ضروری طریقہ کار اختیار کیا جاتا ہے اس کے لئے معتد بہ مہارت اور ہوشیاری کی ضرورت ہے، اور اس عملیہ کو سرسری تصور نہ کرنا چاہیئے۔ یہ طریقہ ابھی بالکل جدید ہے اور ایسے مطبوعہ اندراجات جن سے اس کی کامیابی ثابت ہو اِس قدر قلیل التعداد ہیں کہ اس امر کے متعلق کوئی پختہ رائے قائم نہیں کی جاسکتی کہ انجام کار یہ کس قدر مفید ثابت ہوتا ہے۔ 209

ایچ۔این۔شا[1] (H. N. Shaw) نے ایک ایسے اصابہ کا بیان شائع کیا ہے جس میں صرف ایک ہی بقیہ نل کے بیرونی سرے کا انتصاب قرن الرحم میں کرنے کے بعد استقرارِ حمل ہوگیا تھا اور ہیم (بی۔ڈبلیو) کو بھی دونوں نلیوں کے بعدی سروں کا دونوں طرف انتصاب کرنے سے اسی قسم کی کامیابی حاصل ہوئی ہے۔

اس باب کے اختتام پر مصنوعی امنا (artificial insemination) یعنی رحم میں نلکی اور پچکاری کے ذریعہ سے منی داخل کرنے کا مختصر سا ذکر کیا جاسکتا ہے۔ بیطاری جراح اس طریقہ کو مدت سے استعمال کرتے چلے آئے ہیں۔ عورتوں میں اس کا استعمال اول اول میرین سمس (Marion Sims) نے سنہ ۱۸۶۶ء میں کیا تھا، مگر اس کے نتائج ناقابلِ اطمینان ثابت ہوئے اور اس لئے اس طریقہ کی شہرت زائل ہوگئی۔ اب زیادہ بہتر ترکیب کے استعمال سے گاہے گاہے کامیابی حاصل ہونے کی اطلاع بھی پہنچی ہے، لیکن اس پر رضامندی کا اظہار کرنیوالی عورتوں کی تعداد بہت ہی کم ہے، اور اس کے نتائج اس قدر مشکوک ہیں کہ اسے وثوق کے ساتھ پیش نہیں کیا جاسکتا۔ اگر اس طریقہ سے کوئی کامیابی حاصل ہوسکتی ہے تو اس کا سب سے زیادہ امکان صرف اسی حالت میں ہے جبکہ منی کے مہبل میں مطروح ہونے کے فوراً بعد ہی اس کو کہفۂ رحم میں داخل کردیا جائے۔ اس مقصد کی سرانجام دہی کے لئے ایک خاص پچکاری کی ضرورت ہوتی ہے جس کے ساتھ ایک ٹونٹی یا نلکی لگی ہوئی ہو جو اس طرح سے بنی ہو کہ فم داخلی میں سے گذر سکے۔ لیپزگ (Leipzig) کے روہلیڈر[2] (Rohleder) نے عقم کا اس طریقہ سے علاج کرنے سے پینسٹھ مریضوں میں سے اکیس میں کامیابی حاصل کرنے کی اطلاع دی ہے۔

بیضی عقم (Ovarian Sterility)۔ جن صورتوں میں عقم بیض کے ناقص فعلیاتی افعال کو متلازم ہو جیسا کہ بے قاعدہ حیض، قلتِ طمث (oligomenorrhœa) یا بے طمثیت کے اختلاف پذیر زمانوں سے ظاہر ہوتا ہے، ان میں نخامیہ کے مقدم لختہ اور زنانہ صنفی ہارمونوں کے ذریعہ سے تندرست تبویض کو تحریک پہنچانے کی کوشش کی جاسکتی ہے۔ یہ تسلیم کرنا پڑے گا کہ جو تجہیزات پہلے استعمال کئے جاتے تھے ان سے جہاں تک عقم کے علاج کا تعلق ہے

---

[1] John Hopkins Hosp. Bull., 1921, 32, Sept., p. 367.

[2] *Monographien uber die Zeugung beim Menschen*, I-VI.

کچھ زیادہ مفید نتائج پیدا نہیں ہوتے تھے، لیکن اب جو زیادہ قوی خلاصہ جات ممکن الحصول ہیں ان سے زیادہ کامیابی کی توقع ہے۔ بعض عقم کی حالتوں میں نیم حال میں لاشعاعوں کے نہیج معتادات سے مبیضین کی تشعیع بھی کی جاچکی ہے، اور فلیٹا (Flatau)، کیپلین (Kaplan)، مائیلز فلپس (Miles Phillips) اور دوسرے محققین نے کامیاب نتائج شائع کئے ہیں (نیز دیکھو بے طمثیت صفحہ 172)۔

جب عقم قلت طمث (oligomenorrhœa) اور قلیل اساسی تحول کو متلازم ہو تو درقیہ کا استعمال کرانے سے بعض اوقات مفید نتائج پیدا ہوتے ہیں۔ لٹزنبرگ (Litzenberg) اور کیری[1] (Carey) کی تحقیقات کے مطابق ۱۸۹ عورتوں میں جن کا اساسی تحول -- ۱۰ یا اس سے کم تھا عقم کی کثرتِ وقوع ۵۶ فیصدی تھی۔ ان عورتوں میں ۳۰ فیصدی صرف درقیہ ہی سے علاج کرنے پر حاملہ ہوگئیں۔ میکر[2] (Meaker) نے بھی ایسے مردوں میں جن میں عقم کی وجہ اساسی تحول کی کمی تھی علاج بالدرقیہ سے کامیاب نتائج کے حاصل کرنے کی اطلاع دی ہے۔ اس قسم کے مشاہدات سے اِس امر کی اہمیت اور واضح ہوجاتی ہے کہ انواعِ انسان میں عقم کا مسئلہ پیچیدگیوں سے گھرا ہوا ہے۔ متوفی جے۔ سی۔ پولیک (J.C. Polak) کے ایک فقرہ سے اِس باب کو ختم کرنا زیادہ مناسب ہوگا۔ انھوں نے کہا ہے کہ "اس دلچسپ موضوع کے متعلق بہت سے مسائل لاینحل ہیں۔ اور اِن سے یہ معلوم ہوا ہے کہ عقم کے جن مریضوں کا ہم علاج کرتے ہیں ان کی شفایابی اتفاقی یا ضمنی ہی ہوتی ہے، کیونکہ تکمیلِ مجامعت کے سلسلہ میں بعض ایسے نفسی یا حیوی کیمیائی امور بھی پائے جاتے ہیں جو ان عورتوں میں بھی جو تشریحی نقطۂ نظر سے بالکل تندرست ہوتی ہیں استقرارِ حمل کو منع کرسکتے ہیں اور کر بھی دیتے ہیں"۔

---

[1] *American Jour. Obstet. and Gyn.*, 1929. xvii, No. 4.

[2] *Jour. Amer. Med. Assoc.*, 90, 1928.

Roma Instituto Poligrafico Dello Stato, 1931, Anno IX.

امتناعِ حمل

(CONTRACEPTION)

اس باب میں ہم ضبطِ تولید کے اخلاقیاتی یا تہذیبی پہلو پر بحث نہیں کرینگے۔ یہ ایک متنازعہ فیہ موضوع ہے، اور سنینِ حال میں سائنس داں اور غیر فنی حضرات نے اپنے خیالات کی اشاعت سے اسے شائد بیجا شہرت دیدی ہے۔ یہاں اس مسئلہ پر صرف طبی نقطۂ نظر سے غور کیا جائے گا۔

یہ ایک مسلمہ حقیقت ہے کہ بعض حالتوں میں عورت کے حاملہ ہونے سے اسکی زندگی یا صحت کے لئے سخت خطرہ کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ مثلاً یہ بالعموم خیال کیا جاتا ہے کہ کہ مزمن کلوی مرض، حاد ریوی تدرن، اور شدید ضرراتِ قلب پر حمل کا بہت مضر اثر پڑتا ہے۔ اگر ایسی حالت میں استقرارِ حمل ہو جائے تو علاجی اسقاط کا مشورہ دیا جاتا ہے، اور یہ سر انجام بھی دے دیا جاتا ہے، اور قانون اس کی اجازت دیتا ہے۔

سنین حال میں ایسے دواعی کی تعداد میں اضافہ کرنے کا رجحان دیکھنے میں آرہا ہے جن کی وجہ سے اسقاطِ حمل کو جائز تصور کیا جاسکتا ہے۔ ان نام نہاد دواعی میں سے جو کثرتِ اولاد سے لے کر انقطاع الطمث کے ذہنی اختلالات تک بتائے جاتے ہیں اور جن کی طرف نہ صرف طبی نقطۂ نظر ہی سے بلکہ اصلاحِ نسل کے خیال سے بھی توجہ کرنے کی ضرورت ہوتی ہے ہماری رائے میں ناجائز ہیں، اور ان کو تسلیم کرنے سے پیشتر بہت سے غور و تامل سے کام لینا چاہیئے اور کسی طبی رفیق سے تصدیق کرا لینا چاہیئے۔ مزید برآں طبیب کو ایسی حالتوں سے بھی مسلسل واسطہ پڑتا ہے جن میں حمل اگر عورت کے لئے خطرناک نہیں تو غیر مناسب ضرور ہوتا ہے، اور جب کبھی ایسی صورت پیدا ہو تو اسے اپنی مریضہ کو بطیب خاطر ضروری مشورہ دینا چاہیئے، اور ایسا مشورہ دینے کا اُسے اہل بھی ہونا چاہیئے۔ جہاں تک امتناع حمل یا ضبطِ تولید کے طبی اطلاقات کا تعلق ہے یہ تحریزی امراض النسا کا ایک اہم جزو ہیں، اور شائد یہ ہمارے اطباہی کی سابقہ بے التفاتی کا نتیجہ ہے کہ آج اِس موضوع کے متعلق بعض نامناسب صورتیں پیدا ہو گئی ہیں۔

دواعی۔ یہ ظاہر ہے کہ امتناعِ استقرارِ حمل کے متعلق ماہرِ فن جو مشورہ دیگا وہ زیادہ تر اس کے ذاتی خیالات پر مبنی ہوگا۔ عمومی نقطۂ نظر سے ان دواعی میں وہ تمام حالتیں شامل ہیں جن میں اگر استقرارِ حمل ہو جائے تو علاج کے نقطۂ نظر سے اسقاط ضروری ہوگا مثلاً، قلب، پھیپھڑوں اور گردوں کے خطرناک مزمن ضررات، عدم دمویت کے شدید مدارج، ہمزمان خبیث مرض، اور بعض ذہنی امراض وغیرہ۔ علاوہ ازیں ایسی عورتوں میں جن میں استعدادِ اخصاب بہت زیادہ ہو اور سریع التواتر استقرارِ حمل کا احتمال ہو امراض یا عملیہ جات (مثلاً عملیہ قیصریہ یا وہ عملیہ جات جو سقوطِ احشائے حوض کے لئے کئے جائیں) کے بعد کے زمانۂ نقاہت کے مکمل طور پر ختم ہونے تک حمل کا عارضی طور پر روکنا بعض اوقات قرینِ مصلحت ہوتا ہے۔ اگرچہ یہ فہرست کسی طرح سے مکمل نہیں، مگر اس سے یہ ظاہر ہو جائے گا کہ مزاولِ فن کو کس قسم کی حالتوں سے دوچار ہونا پڑتا ہے، اور تاوقتیکہ مناسب مشورہ نہ دیا جائے غیر مناسب نتائج کے پیدا ہونے کا احتمال ہوگا۔ یہاں یہ کہنے کی شاذ ہی ضرورت ہوگی کہ اسے اس قسم کے امتناعِ حمل سے کوئی واسطہ نہ رکھنا چاہیے جس کی خواہش خالصتہً معاشرتی امور کی بنا پر ظاہر کی گئی ہو، مثلاً جبکہ نوکتخدا زن و شوہر کثرتِ مصارف کا عذر پیش کرتے ہوں یا جبکہ درمیانہ عمر کی شادی شدہ عورت حمل کو محض "باعثِ زحمت" تصور کرتی ہو۔

امتناعِ حمل کے طریقے۔ حیوانِ منوی اور بیضہ کے اتحاد کو روکنے کے لئے جو طریقے گذشتہ اور موجودہ زمانہ میں استعمال کئے جا چکے ہیں وہ خاصکر بلحاظ تعداد و تنوع بہت قابل توجہ ہیں اور یہ اس امر کا ایک بین ثبوت ہے کہ بیشتر کثیر الاستعمال طریقے ناقص اور غیر موثر ہیں، چنانچہ
211 یہ بلاخوف تردید کہا جا سکتا ہے کہ ایسا کوئی مانعِ حمل ابھی تک معلوم نہیں ہوا جس سے ۱۰۰ فی صدی کامیابی حاصل ہوئی ہو۔ یہ صحیح ہے کہ بعض طریقوں کے استعمال سے غیر مطلوبہ حمل کا استقرار بعید از امکان ہوتا ہے بشرطیکہ اس کی ضروری ترکیب صحیح صحیح طور پر عمل میں لائی جائے، لیکن حقیقت یہی ہے کہ کسی اعلیٰ و اکمل مانع حمل کا ابھی تک انکشاف نہیں ہوا۔

امتناعِ حمل کے لئے جو طریقے رائج الوقت ہیں ان کی تقسیم حسب ذیل ہے:۔

(۱) جراحیاتی طریقہ سے تعقیم۔
(۲) میکانی سددی طریقے۔
(۳) دررحمی طریقے۔
(۴) کیمیائی طریقے۔

(۵) حیاتیاتی طریقے۔

(۶) فعلیاتی طریقے۔ "عزل" ("Coitus interruptus")۔

تعقیم صحیح معنوں میں ضبطِ تولید کا طریقہ نہیں ہے، بلکہ امتناعِ تولید کا طریقہ ہے۔ اگر ایک دفعہ تعقیم کرا دی جائے تو پھر تلافی مافات غیر ممکن ہے، لہٰذا یہ طریقہ صرف انہی حالتوں کیلئے موزوں ہے جن میں حمل کا قطعی سدِ باب مقصود ہو، اور صرف حمل کی تنظیم ہی منظور نہ ہو۔ عورت میں تعقیم فلوپی نلی کے قربی سروں کے استیصال سے عمل میں لائی جاتی ہے، اور اس امر کی احتیاط کی جاتی ہے کہ نلی کے کٹے ہوئے رحمی سروں کو تانت کی دو ٹانکوں سے مکمل طور پر دفن کر دیا جائے۔ فلوپی نلی کو صرف باندھنا یا کاٹنا ہی کافی نہیں ہوتا بلکہ کہفۂ رحم اور باریطون کے درمیانی ربط کو کاٹ کر عمدہ دو ٹانکوں سے ہمیشہ کے لئے مسدود و مختوم کر دینا چاہیئے۔ کثیر الولادت عورتوں میں مقامِ عملیہ تک عنق الرحم کے آگے یا پیچھے مستعرض شگاف دینے سے براستہ مہبل رسائی کی جا سکتی ہے (دیکھو مہبلی شگافی صفحات 860 تا 862)۔ عدیم الولادت عورتوں میں گنجائش کی کمی کی وجہ سے شکم شگافی ضروری ہوتی ہے۔ یہ ایک چھوٹے سے فوق عانی شگاف کے ذریعہ سے سرانجام دی جاتی ہے جو یا تو خطِ وسطی میں دیا جاتا ہے اور یا مستعرض ہوتا ہے۔

تعقیم ایک ایسا عملیہ ہے کہ اسے سرسری تصور نہ کرنا چاہیئے۔ اس کے نتائج سے میاں بیوی کو کماحقہ آگاہ کر دینا چاہیئے، اور دونوں کی تحریری رضامندی کے بغیر اسے ہرگز نہ انجام دینا چاہیئے۔ یہ ممکن معلوم ہوتا ہے کہ آئندہ زمانہ میں تعقیم کو اصلاحِ نسل کے ذریعہ کے طور پر پیش کیا جائے اور دماغی اور دیگر انتقال پذیر امراض کی حالتوں میں اسے سرانجام بھی دیا جائے۔

میکانی تسدّدی طریقے۔ استقرارِ حمل کو روکنے کے لئے تین میکانی ترکیبیں رائج الوقت ہیں، یعنی مردانہ غلاف (male sheath) یا رفالہ (condom) (شکل ۱۳۲ و ۱۳۳)، زنانہ مہبلی تسددی فرزجہ (vaginal occlusive pessary) (شکل ۱۳۴)، اور عنقی کلاہی فرزجہ (cervical cap pessary) (شکل ۱۳۵)۔ ان کا استعمال عام طور پر کسی تخم کش مدہن کے ساتھ کیا جاتا ہے جس کا ذکر آئندہ کیا جائے گا۔

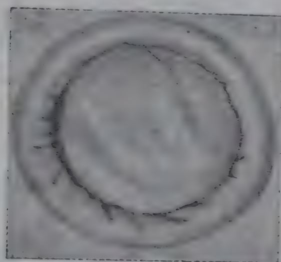
مردانہ غلاف یا رفالہ (شکل ۱۳۲ و ۱۳۳) سب سے زیادہ کثیر الاستعمال مانعِ حمل چیز ہے، اور سی۔ پی۔ بلیکر[1] (C. P. Blaker) کی رائے میں یہ شاید سب سے زیادہ بے ضرر ہے۔

[1] Practitioner, vol. cxxxi., No. 3, September, 1933, p. 256.

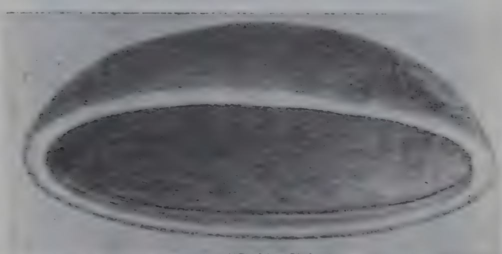
غلاف کسی معتبر کارخانہ کا بنا ہوا استعمال کرنا چاہیئے تاکہ کسی ایسے ادنیٰ قسم کے غلاف کے ملنے کا امکان نہ رہے جس کی ربڑ پرانی اور بھربھری ہو اور جس میں باریک باریک سوراخ ہوں۔ بلیکر نے اس قسم کے غلاف کے استعمال کی سفارش کی ہے جس کے سرے پر "حلمہ" ہو اور اس کے ساتھ کسی تخم کش مرہم یا جیلی کا استعمال کیا جائے۔ اسے مجامعت سے پہلے پہن لینا چاہیئے، اور صرف انزال سے پہلے ہی نہ پہننا چاہیئے۔ استعمال کے فوراً بعد اسے اچھی طرح سے دیکھ لینا چاہیئے، اور اگر یہ صحیح وسالم نہ ہو تو عورت کو فوراً کسی تخم کش نطول کا استعمال کرنا چاہیئے۔

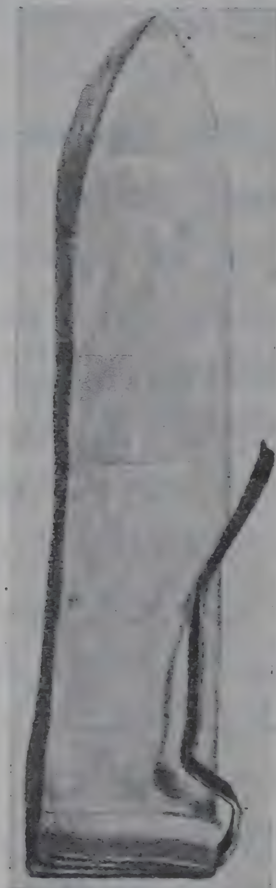
مہبلی انسدادی فرزجہ (Vaginal Occlusive Pessary) ("ڈچ کیپ"
:"Dutch cap") (شکل ۱۳۴) کا استعمال امتناعِ حمل کی اغراض کے لئے آجکل یورپ اور امریکہ 212
کی بیشتر نسوانی سربریات گاہوں میں پیش کیا جا چکا ہے۔ یہ فرزجہ ایک عریض قبہ دار ڈایافرام پر مشتمل ہوتا ہے جو ربڑ اور تار کے ایک ضغطہ پذیر حلقہ کے اوپر تنیدہ ہوتا ہے۔ اسے مہبل میں اس طرح داخل کرنا چاہیئے کہ اس کا تحدب اوپر کو رہے، اور یہ عمل بعینہٖ اسی طرح انجام دینا چاہیئے جس طرح کہ ربڑ کا معمولی حلقہ دار فرزجہ (rubber ring pessary) رحمی اور مہبلی سقوط کے لئے داخل کیا جاتا ہے (دیکھو شکل ۱۶۷ و ۱۶۸)۔ اس آلہ کو داخل کرتے وقت یہ خیال رکھنا چاہیئے کہ اس کا موخر کنارہ عنق کے پیچھے پہنچ جائے تاکہ یہ مہبل کے موخر قبوہ میں بخوبی بیٹھ جائے۔ اگر اس احتیاط پر زور نہ دیا جائے گا تو یہ ممکن ہے کہ فرزجہ مہبل کی مقدم دیوار ہی سے لگا رہے۔ اس صورت میں یہ بالکل بیکار ثابت ہوگا۔ جب "ڈچ کیپ" اپنے مناسب محل پر بیٹھ جاتی ہے تو مہبل پر چھت کی شکل میں تنیدہ ہو جاتی ہے، اور عنق الرحم کو پوشیدہ کر لیتی ہے۔ استعمال سے پہلے اس فرزجہ کی دونوں طرفوں پر کسی مانع حمل مرہم کا طلا کر دینا چاہیئے، اور اس کے داخل کرنے سے پہلے، اور اس کے نکالنے کے بعد صابون اور پانی کے نطول یا کسی مانع عفونت نطول (مثلاً "ڈیٹال" :"Dettol") کا استعمال کرنا چاہیئے۔ اس آلہ کو مہبل میں آٹھ سے لیکر بارہ گھنٹہ تک بلاخوفِ ضرر رکھا جا سکتا ہے۔ "ڈچ" ("Dutch") یا "میسنگا" ("Mesinga") فرازج مختلف جسامتوں کے بنائے جاتے ہیں، اور مناسب جسامت کے فرزجہ کا انتخاب کرنا ضروری ہوتا ہے جیسا کہ سقوط کے لئے ربڑ کے فرزجہ کا کیا جاتا ہے۔ اس انتخاب کی ضرورت اُس حالت میں خاص طور پر پیش آتی ہے جبکہ فرش حوض میں ارتخا کا رجحان پایا جائے اور قیلہ مثانیہ (cystocele) یا قیلہ مستقیمیہ (rectocele) موجود ہوں۔ "۷۵ ملی میٹر" ناپ کا فرزجہ سب سے زیادہ کثیر الاستعمال ہے، لیکن اس سے بڑے یا چھوٹے فرازج بھی ممکن الحصول ہیں۔

قاعدۃً اُسی فرزجہ کا استعمال کرنا چاہیئے جو اُن فرازج میں سے سب سے بڑا ہو جو بآسانی برداشت



شکل ۱۳۳۔ مردانہ رفالہ (میل کنڈوم) استعمال سے پہلے۔ غلاف کے لپیٹنے سے اس کے جرم میں نقائص کے پیدا ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔





شکل ۱۳۲۔ مردانہ غلاف (میل شیتھ) یا رفالہ (کنڈوم) کھلا ہوا دکھایا گیا ہے جب اس کی ضرورت نہ ہو تو اسے لپیٹ کر رکھ دیا جاتا ہے۔

شکل ۱۳۴۔ "ڈچ کیپ" یا "مینگا" ہبلی فرزجہ جو میکانی ڈایافرام کے طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔

کئے جا سکتے ہیں۔

اس امر کا اعتراف بلا تامل کیا جا سکتا ہے کہ اس طریقہ کو کامیاب بنانے کے لئے مریضہ کو اپنی تشریح سے بخوبی واقف ہونا چاہیئے، اور اسے نہ صرف اس کے داخل کرنے کی ترکیب ہی

معلوم ہو بلکہ وہ یہ بھی پہچان سکتی ہو کہ فرزجہ اپنی صحیح جگہ پر بیٹھ بھی گیا ہے یا نہیں۔ اس طریقہ سے ۵ فیصدی ناکامی ہوتی ہے، اور اس کی وجہ بالعموم یہ ہوتی ہے کہ یا تو اسے غلط لگایا جاتا ہے، اور یا اس کی ضروری ترکیبِ استعمال میں کوئی دقت پیش آتی ہے اور اس سے کوئی تکلیف ہوتی ہے۔

عنقی کلاہی فرازج (Cervical Cap Pessaries) (شکل ۱۳۵)

میں سے دو مستعمل ہیں، یعنی "ڈوماس" (Dumas) اور "پرو ریس" (Pro-race)۔ دونوں کو قبۂ مہبل میں اس طرح بلاواسطہ لگا دیا جاتا ہے کہ انفتعار نیچے کی طرف رہے اور مہبلی عنق کو یہ مکمل طور پر گھیر لیں۔ "ڈوماس" دونوں میں سے زیادہ عریض ہوتا ہے، اور سقفِ مہبل پر امتصاصی اثر ڈالنے سے اپنی وضع پر قائم رہتا ہے۔ "پرو ریس" کلاہ (Pro-race cap) (شکل ۱۳۵) ایک گہرے پیالہ پر مشتمل ہوتی ہے جس کی گر موٹے ربڑ کی ہوتی ہے جو مہبلی عنق پر براہِ راست بیٹھ جاتی ہے۔ اس کے چار سائز ملتے ہیں۔ یہ دونوں فرزجے ایسی حالت میں استعمال کئے جاتے ہیں جبکہ فرشِ حوض کے ارتخا یا عریض مولجِ مہبل کی وجہ سے تسدیدی مہبلی فرزجہ کا استعمال مناسب تصور نہ کیا جاتا ہو۔ ہماری رائے میں ان فرزجوں کے استعمال میں چند خرابیاں ہیں، اس لئے ان کے استعمال کی سفارش نہ کرنا چاہئے۔ اولاً یہ کہفۂ رحم کے تمام مواد کے اخراج کو میکانی طور پر بند کر دیتے ہیں، اور اگر کچھ عنقی نازلت پہلے ہی سے موجود ہو تو ان کے طویل المدت استعمال سے زیادہ ہو جاتی ہے۔ دوئم ان کو نکالنے سے کھچاوٹ کا جو اثر عنق پر ہوتا ہے اس سے

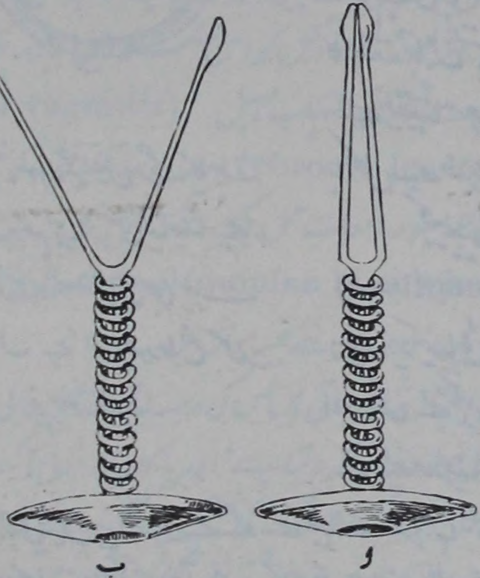


شکل ۱۳۵۔ زنانہ "پرو ریس" فرزجہ (Female "Pro-race" Pessary) مہبلی عنق پر لگانے کے لئے۔

رحمی غیر و ضعیت اور بالخصوص پس گردیدگی کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ آخری خرابی یہ ہے کہ عورتوں کو عنقی فرزجہ کے داخل کرنے میں دقت پیش آتی ہے، اور بیشتر حالتوں میں انکا داخل کرنا

ان کے لئے ناممکن ہوتا ہے۔ تاوقتیکہ یہ فرزجہ عین صحیح طور پر ٹھیک نہ بیٹھ جائے، اس کے سرک جانے کا احتمال ہوتا ہے، اور دورانِ مزاولتِ فن میں ایسی حالتوں کا پایا جانا مشکل ہے جن میں یہ عین ٹھیک طور پر بیٹھ سکے، کیونکہ عنقوں میں انفرادی طور پر دریدگیاں اور تشریحی اختلافات موجود ہوتے ہیں۔

دررحمی طریقے (Intra-uterine Methods)- امتناعِ حمل کے بعض دررحمی طریقے حال ہی میں پیش کئے گئے ہیں جو ناقابل اعتبار اور خطرناک ہیں، اور جن کا بیان یہاں صرف انکی مذمت ہی کے لئے ضروری ہے۔ ''وش بون'' عنقی فرزجہ ("Wish-bone" cervical pessary) (شکل ۱۳۶) ایک مرغولی جو فدار تنے پر مشتمل ہوتا ہے۔ جس کے نیچے کے سرے پر ایک چپٹا قرص لگا ہوتا ہے، اور اوپر کے سرے پر دو منفرج بازو ہوتے ہیں۔ قنالِ عنق میں داخل کرنے کے وقت بازوؤں کو آپس میں ملا لیا جاتا ہے، اور جب یہ کہفہ رحم میں پہنچ جاتے ہیں تو کمانیوں کی طرح ایک دوسرے سے الگ ہو جاتے ہیں۔ یہ فرزجہ طلائی ساخت کا ہوتا ہے، اور یہ نہایت ہی خطرناک آلہ ہے۔ اس سے نہ صرف سرائت زدہ مہبل اور تناسلی خطہ کے درمیان راہ وربط ہی قائم ہو جاتا ہے، جس سے صعودی التہابی ضررات پیدا ہو جاتے ہیں، بلکہ اس سے دیوارِ رحم میں تنخر واقع ہو سکتا ہے جس سے شدید نزف پیدا ہو سکتا ہے۔ ''وش بون'' فرزجہ ("Wish-bone" pessary) کے استعمال کے بعد التہاب بارلیطون کے مہلک واقعات بھی دیکھنے میں آئے ہیں، اور اس کا استعمال قطعاً ناجائز ہے۔ امتناعِ حمل کے لئے ایک اور دررحمی آلہ مستعمل ہے۔ یہ گریفن برگ کا حلقہ (Gräfenberg's ring) ہے (دیکھو شکل ۱۳۷)، جو مذکورہ فرزجہ سے شائد کم خطرناک ہے۔



ب   ا

شکل ۱۳۶- (ا) ''وش بون'' عنقی تنہ دار فرزجہ ("Wish-bone" Cervical Stem Pessary) جو داخل کرنے کے لئے بند کیا گیا ہے، اور (ب) کھلا ہوا ہے۔ یہ نہایت ہی خطرناک آلہ ہے اور اسکا ہرگز استعمال نہ کرنا چاہئے۔

مگر اس کے متعلق یہ ثابت ہو چکا ہے کہ یہ غیر معتبر ہے۔ یہ حلقہ چاندی کے خم پذیر تار کا ایک چھوٹا سا مرغولہ ہوتا ہے جس کے بل قریب قریب ہوتے ہیں۔ اِسے کہفہٴ رحم میں داخل کر دیا جاتا ہے، اور یہاں اسے بارہ ماہ تک رہنے دیا جاتا ہے۔ اِس کے بعد اِس کو نکال لیا جاتا ہے، اور نیا آلہ داخل کر دیا جاتا ہے۔ کوپن ہیگن کے لیون باخ (Leunbach) نے حال ہی میں ضبط تولید کی ساتویں بین الاقوامی کانفرنس میں گریفین برگ کے حلقہ کے بہت خلاف رپورٹ پیش کی ہے۔ ۱۷۶ عورتوں میں سے جن کا اس طریقہ سے علاج کیا جا رہا تھا، اکیس میں اِس حلقہ کو مسلسل نزفِ رحم، درد اور جریانِ مواد کی وجہ سے بعد میں نکالنا پڑا۔ دیگر بائیس عورتوں میں یہ حلقے داخل کرنے کے بعد خود بخود باہر نکل گئے، اور دو عورتوں میں استقرارِ حمل بھی ہو گیا، باوجودیکہ یہ حلقے کہفہٴ رحم میں اپنے اپنے مناسب محل پر موجود تھے۔

لیون باخ نے حادِ التہاب انبوبہ کی بھی تین حالتوں کا ذکر کیا ہے جو اِس حلقہ کے استعمال کے ساتھ براہِ راست منسوب کی جا سکتی ہیں، اور اس کا یہ خیال ہے کہ گریفین برگ کا حلقہ قابلِ تسلیم مانعِ استقرارِ حمل کی دونوں خصوصیات سے یقیناً معرا ہے، یعنی نہ تو یہ قابلِ اعتبار ہے اور نہ بالکل بے ضرر۔



شکل ۱۳۷۔ گریفین برگ کا حلقہ جو کہفہٴ رحم میں داخل کیا جاتا ہے۔ اس حلقہ کا استعمال بھی بہت خطرناک ہے، اور بطور مانع حمل یہ غیر معتبر ہے۔

کیمیائی مانعاتِ حمل (Chemical Contraceptives)

اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ بیضہ پر کیمیائی ذرائع سے مہلک اثر ڈالنا غیر ممکن ہے، اور اس لئے کیمیائی عوامل کا استعمال انسدادِ استقرارِ حمل کے لئے صرف اس حد تک ہی کیا جاتا ہے کہ تخم کش اشیا مہبل اور مہبلی عنق پر اثر کرنے کے لئے شیاف، اقراص، جیلیوں، نطولات اور اسفنجوں (دیکھو شکل ۱۳۸) کی شکل میں استعمال کی جاتی ہیں۔ گذشتہ چند سال سے اِس قسم کی کثیر التعداد تجہیزات بازار میں مختلف صنعتی ناموں سے ممکن الحصول ہیں، اور ان کو مؤثر بتانے میں کم و بیش مبالغہ سے کام لیا گیا ہے۔ سریریاتی آزمائش کرنے سے بہت سی مثالوں میں اِس قسم کے بیانات جھوٹے ثابت ہوئے ہیں، اور بلیکر اِس امر کا ذکر مندرجہ ذیل الفاظ میں کرتا ہے۔ "کافی آزمائش کے بعد تمام تجہیزات

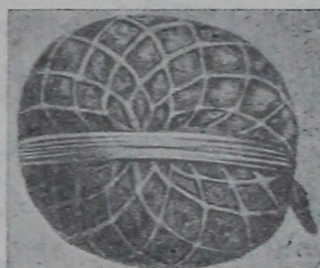
مریضوں کی مختلف تعدادوں میں غیر معتبر ثابت ہوئی ہیں"۔ کیمیائی مانعاتِ حمل کی تائید میں زیادہ سے زیادہ صرف اتنا ہی کہا جاسکتا ہے کہ یہ تسدیدی طریقوں کے ساتھ معاون کے طور پر استعمال کئے جاسکتے ہیں۔

مختلف خالص کیمیائی اجسام اور صنعتی تجہیزات کی تخم کش قوتوں کا مطالعہ جے۔ آر۔ بیکر (J.R. Baker) نے آکسفورڈ میں حیوانیات اور تقابلی تشریح کے شعبہ میں کیا ہے۔ اس نے یہ معلوم کیا ہے کہ حیوانِ منوی کے لئے سب سے زیادہ سمّی عامل مرکیورک کلورائیڈ (mercuric chloride) ہے جو $\frac{1}{256}$ فی صدی محلول میں اس کو ہلاک کر دیتا ہے۔ اس کے بعد فارم ایلڈی ہائیڈ (formaldehyde)، جو $\frac{1}{5.12}$ فی صدی محلول میں اس کے لئے مہلک ہے، ہیکسل ریسارسین (hexyl resorcin)، سیپونین (saponine) اور آئیوڈین (iodine) ہیں۔ سوڈیم اولیئیٹ (sodium oleate) اور پامیٹیٹ (palmitate) بہت موثر تخم کش اشیا ہیں، اور یہی وجہ ہے کہ مانع حمل اغراض کے لئے عوام صابون اور پانی کے نطول (douche) کا استعمال بالعموم کرتے ہیں اور کامیاب رہتے ہیں۔ بہرکیف مہبلی سرحلمہ پر صابون کا جو خراش آور اثر ہوتا ہے اس کو اس سلسلہ میں یاد رکھنا چاہئے اور اس قسم کی اشیا کے مسلسل استعمال سے نازلتی التہاب مہبل (catarrhal vaginitis) اور مزمن سیلانِ ابیض (chronic leucorrhœa) پیدا ہوجاتا ہے۔ کونین کے محلولات اور فرازج پر بھی یہی صادق آتا ہے جو بطور مانعاتِ حمل بکثرت مستعمل ہیں۔ یہ معلوم ہوجانا چاہئے کہ کونین بائی سلفیٹ (quinine bi-sulphate) اور چائینوسال (chinosol) دونوں نسبتہً کمزور تخم کش ادویہ ہیں، اور اس لئے غیر موثر ہیں۔

بعض صنعتی تجہیزات قابلِ اعتبار بتائی جاتی ہیں جس کی وجہ یا تو ان کا لعابی اساس ہے جو حیوانِ منوی کی حرکت پذیری کو میکانی طور پر بند کر دیتا ہے، اور یا کاربن ڈائی آکسائیڈ کی پیدائش ہے جو مہبل میں رکھے ہوئے قرص کے حل ہونے سے جھاگ کی شکل میں نکلتی ہے۔ ان تجہیزات میں اکثر کوئی نہ کوئی کیمیائی تخم کش موجود ہوتا ہے۔ چنانچہ "آرتھوگائینال" ("orthogynol") میں آکسی کوئینولین سلفیٹ (oxyquinoline sulphate)، بورک ایسڈ (boric acid) اور گلیسرین ایک لعابی اساس میں موجود ہوتے ہیں، اور "کنٹراسپٹیلین" ("contraceptalene") میں لیکٹک ایسڈ (lactic acid) ہوتا ہے۔ "سیموری" ("semori") اور "فینل" ("finil") کے

اقراص میں ٹارٹیرک ایسڈ (tartaric acid) اور سوڈیم بائی کاربونیٹ کا آمیزہ چائینوسال (chinosol) کے ساتھ موجود ہوتا ہے۔ ''سپیٹن'' (speton) میں ''جھاگ پیدا کرنے والے'' عوامل کے علاوہ ڈائی کلورامین ٹی (dichloramin-T) کا ایک مشتق موجود ہوتا ہے جس کی وجہ سے ہائپوکلورس ایسڈ (hypochlorous acid) پیدا ہوتا ہے اور انجام کار ناشی آکسیجن نکلنے لگتی ہے۔

کیمیائی عوامل کو تخم کش ادویہ کے طور پر استعمال کرنے کے سلسلہ میں ایک اہم سوال یہ بھی پیدا ہوتا ہے کہ آیا مستعملہ تخمیز بے ضرر بھی ہے۔ کونین اور صابون کا جو خراش آور اثر جھلی سر حلمہ پر پڑتا ہے اُس کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے۔ اِس مسئلہ کا ایک اور پہلو یہ ہے کہ آیا اِن کے استعمال سے حیوانِ منوی کی قوتِ اخصاب میں کوئی نقص پیدا ہو سکتا ہے، اور اُن بچوں پر جو ان کے ناکام رہنے سے پیدا ہونگے کوئی مضر اثرات مرتب ہوں گے یا نہیں۔ یہ امر بعید از امکان نہیں کہ حیوانِ منوی میں تخم کش ادویہ سے متضرر ہو جانے کے باوجود بیضہ کے اخصاب کی قابلیت موجود رہے۔ اگر اس امر کا لحاظ نہ بھی رکھا جائے کہ میکانی مانعاتِ حمل کیمیائی مانعاتِ حمل کے مقابلہ میں زیادہ قابلِ اعتبار ہیں، تو بھی مذکورہ بالا اسباب کی بنا پر ہماری رائے میں قبل الذکر کا استعمال موخر الذکر کی نسبت زیادہ مناسب ہے۔



شکل ۱۳۰۔ جھلی اسفنج جو حل شدہ کیمیائی تخم کش کے ساتھ استعمال کیا جاتا ہے۔

حیاتیاتی طریقے (Biological Methods)۔ یورپ اور امریکہ کے بعض معملوں میں حال ہی میں اِس امر کی کوششیں کی گئی ہیں کہ مادہ میں اسی نوع یا کسی متجانس نوع کے حیواناتِ منویہ سے مناعت پیدا کرنے سے عارضی عقم کی حالت پیدا کر دی جائے۔ جرمنی میں ڈٹلر (Dittler) نے مادہ خرگوشوں کو نر خرگوشوں کی منی کا اشراب کرنے سے عقیم بنانے میں کامیابی حاصل کی ہے۔ اس نے یہ بھی دریافت کیا ہے کہ اِس طریقہ سے عقیم کردہ حیوانات کا مصلِ خون حیواناتِ منویہ کے لئے ایک معیّن سمّی اثر رکھتا ہے، اور ان کی حرکت پذیری کو بند کر دیتا ہے۔